FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1912-1913 N° 1017

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉCHINOCOCCOSE SECONDAIRE ABDOMINO-PELVIENNE
ET DE
SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 19 Juillet 1913.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Aimé-Julien HAMANT

Chef de Clinique Chirurgicale.
Ancien Interne des Hôpitaux. — Ancien Prosecteur.
Lauréat de la Faculté de Médecine.
Prix d'Anatomie et d'Histologie, 1906.
Prix de Physiologie, 1906.
Prix de Chirurgie et d'Accouchement, 1908.
Prix de l'Internat (Prix Bénit), 1910.
Lauréat de la Société de Chirurgie de Paris (Prix Dubreuil), 1911.

Né à Nancy (M.-et-M.), le 13 Mars 1884.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	MM. WEISS	professeur...		*Président.*
	SPILLMANN	professeur...		
	FROELICH	agrégé.....		*Juges.*
	MICHEL	agrégé.....		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1912-1913 N° 1017

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉCHINOCOCCOSE SECONDAIRE ABDOMINO-PELVIENNE
ET DE
SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 19 Juillet 1913.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Aimé-Julien HAMANT

Chef de Clinique Chirurgicale.
Ancien Interne des Hôpitaux. — Ancien Prosecteur.
Lauréat de la Faculté de Médecine.
Prix d'Anatomie et d'Histologie, 1906.
Prix de Physiologie, 1906.
Prix de Chirurgie et d'Accouchement, 1908.
Prix de l'Internat (Prix Bénit), 1910.
Lauréat de la Société de Chirurgie de Paris (Prix Dubreuil), 1911.

Né à Nancy (M.-et-M.), le 13 Mars 1884.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS	professeur...	*Président.*
SPILLMANN	professeur...	*Juges.*
FROELICH	agrégé.....	
MICHEL	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

NANCY
CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪, NICOLAS, I ✪, PRENANT, ✻, I ✪
BERNHEIM, O ✻, I ✪.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	M. CHARPENTIER ✻, I ✪.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. WEISS ✻, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT ✻, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, ✻, I ✪.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. ETIENNE, I ✪
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, ✻, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, I ✪.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, ✻, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, A ✪, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L, SPILLMANN, I ✪, agrégé libre.
Accouchements	M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1)	M. FRŒLICH, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhrino-laryngologie (1)	M. JACQUES, I ✪, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	M. ZILGIEN, I ✪, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ✪.	MM. COLLIN, A ✪.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ✪.	DUFOUR, I ✪.	LUCIEN, A ✪.
RICHON, A ✪.	SENGERT, A ✪.	BINET.
G. GROSS, I ✪.	ROBERT, A ✪.	PERRIN, A ✪.
FRUHINSHOLZ, I ✪.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✻, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪, L. SPILLMANN, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, Ⓜ, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON CHER MAITRE

Monsieur le Professeur WEISS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

MÉDECIN PRINCIPAL DE RÉSERVE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

(Externat, 1905-1906 ; Internat, 1909-1910-1911 ; Clinicat, depuis 1912).

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

ET MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER

(Externat, 1906-1907).

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

ET MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. SPILLMANN

(Internat, 1907-1908).

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SPILLMANN

ET MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

(Internat, 1908-1909).

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Adjuvat ; Prosectorat.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANCEL

Prosectorat.

PUBLICATIONS ANTERIEURES

1° Nouvelles observations de « Calcanéum secondaire ». *Bibliographie anatomique,* fascicule 4, tome XVI, 1908.

2° Du traitement chirurgical des néphrites médicales aiguës. A propos d'un cas de néphrite post-ostéomyélitique guérie par la néphrotomie. (En collaboration avec M. G. Worms.) *Annales des Maladies des organes génito-urinaires,* 1909.

3° Lipome de la loge temporale. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* 25 novembre 1910.

4° Dégénérescence épithéliomateuse d'une corne du pied. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* 25 novembre 1910.

5° Kyste de l'ovaire tordu dans une poche d'éventration. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* 25 novembre 1910.

6° Epithélioma pavimenteux kystique de la partie supéro-interne de la cuisse. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* 25 novembre 1910.

7° Traitement des fractures de jambe par la « marche directe ». (Id.) *Archives générales de chirurgie,* décembre 1910.

8° Epithélioma développé sur des lésions syphilitiques du membre supérieur. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* décembre 1910.

9° Phénomène du « doigt à ressort » généralisé à tous les doigts. (En collaboration avec M. A. Hanns.) Communication à la Société de Médecine de Nancy, 14 décembre 1910. *Revue médicale de l'Est,* 15 février 1911.

10° Traitement des fractures de jambe par l'appareil de marche de Delbet. (En collaboration avec M. le Professeur Weiss.) Communication à la Société de Médecine de Nancy, 14 décembre 1910. *Revue médicale de l'Est,* 15 février 1911.

11° Volumineuse hydrocèle symptomatique d'une tumeur testiculaire. (En collaboration avec M. G. Worms.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* mai 1911.

12° Fracture du col fémoral chez une fillette atteinte de luxation congénitale de la hanche. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* avril 1911.

13° Fracture du col fémoral chez un coxalgique. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* avril 1911.

14° Fracture du calcanéum et luxation astragalo-scaphoïdienne. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* avril 1911.

15° Exostoses ostéogéniques multiples. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* avril 1911.

16° Les fractures isolées du petit trochanter. (En collaboration avec M. le Professeur agrégé A. Binet.) *Revue de Chirurgie,* 10 mai 1911.

17° Phlegmon ligneux de la cuisse. Complication tardive d'une kélotomie pour hernie crurale étranglée. (En collaboration avec M. G. Worms.) *Gazette des Hôpitaux,* 16 mai 1911.

18° Appareil de marche pour fracture de cuisse. (En collaboration avec M. le Professeur agrégé G. Michel.) *Revue médicale de l'Est,* 1er juillet 1911.

19° Fractures du col du fémur dans l'enfance et dans l'adolescence. (En collaboration avec M. G. Worms.) Mémoire couronné par la *Société de Chirurgie de Paris.* Prix Dubreuil, 1911.

20° Fracture horizontale du calcanéum. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* février 1912.

21° Luxation totale dorsale externe de l'articulation tarso-métatarsienne. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* février 1912.

22° Fracture en Y de la base du premier métacarpien. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* février 1912.

23° Ostéosarcome du calcanéum. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* février 1912.

24° Contribution à l'étude du traitement opératoire des cholécystites aiguës, survenant au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde. (Id.) *Archives générales de chirurgie,* février 1912. *Revue médicale de l'Est,* 15 avril 1912.

25° Volumineux corps étranger de la joue. (En collaboration avec M. le Professeur agrégé G. Michel.) Communication à la Société de Médecine de Nancy, 10 janvier 1912. *Revue médicale de l'Est,* 1er février 1912.

26° De l'exophtalmie unilatérale dans la maladie de Basedow. (En collaboration avec M. G. Worms.) *Gazette des Hôpitaux,* 20 juin 1912.

27° Les fractures du col du fémur dans l'enfance et dans l'adolescence. (Id.) Extrait d'un Mémoire couronné par la *Société de Chirurgie de Paris.* Prix Dubreuil, 1911. *Revue de Chirurgie,* septembre-octobre, 1912.

28° Cor gigantesque du dos. (En collaboration avec M. Fairise.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* mars 1913.

29° Sarcome ganglionnaire. (Id.) *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris,* mars 1913.

30° Sur le priapisme prolongé et son traitement chirurgical. (En collaboration avec M. G. Worms.) *Gazette des Hôpitaux,* 17 avril 1913.

31° Ostéomyélite à infection associée. (En collaboration avec M. Pigache.) *Gazette des Hôpitaux,* 24 juin 1913.

AVANT-PROPOS

Au cours d'une de nos années d'Internat, dans le Service de notre cher Maître, M. le Professeur Weiss, nous avons été amené à prendre l'observation suivante :

OBSERVATION 1

Pierre G..., 21 ans, chaudronnier, entre à l'Hôpital le 4 mai 1911, pour occlusion intestinale. Mort le 9 mai 1911.

Le malade, dont les antécédents ne présentent rien de particulier, accuse une rougeole au cours de la première enfance. Jusqu'en 1909, il aurait été très bien portant et pouvait exercer sans fatigue notable le dur métier de chaudronnier.

L'affection actuelle débuta en 1909, par des coliques très douloureuses, accompagnées de vomissements bilieux et de constipation. Le ventre augmenta progressivement de volume, ce qui le décida à entrer à l'Hôpital de Nancy le

26 août 1910, dans le service de M. le Professeur Spillmann.

En raison de son mauvais état général, du ballonnement du ventre, de l'existence d'ascite et d'un épanchement pleural gauche, on pensa se trouver en présence d'une péritonite bacillaire, et l'on institua le traitement d'usage.

Toutefois, le 3 septembre, un interne pratiqua une ponction au niveau de la dixième côte gauche et retira 50 grammes environ d'un liquide blanc très clair. Il n'y accorda point d'attention et l'on continua le traitement héliothérapique.

Ne voyant pas d'amélioration survenir dans son état, le malade sortit de l'Hôpital le 21 septembre 1910, et suivit un traitement médical.

Le 4 octobre, il entrait à l'Hôpital militaire, car entre temps, il avait été convoqué pour accomplir ses années de service ; le médecin de son régiment l'envoya à l'Hôpital avec le diagnostic de « péritonite tuberculeuse ».

A son entrée, le malade a le ventre très ballonné, surtout dans la portion sous-ombilicale. Il existe une pigmentation très intense due au traitement. La palpation fait sentir des « gâteaux péritonéaux » groupés surtout autour de l'ombilic. Il n'existe pas d'ascite. Le malade ne souffre pas, mais se plaint d'une constipation opiniâtre. Il existe de la submatité au sommet gauche en avant, et des frottements aux deux bases.

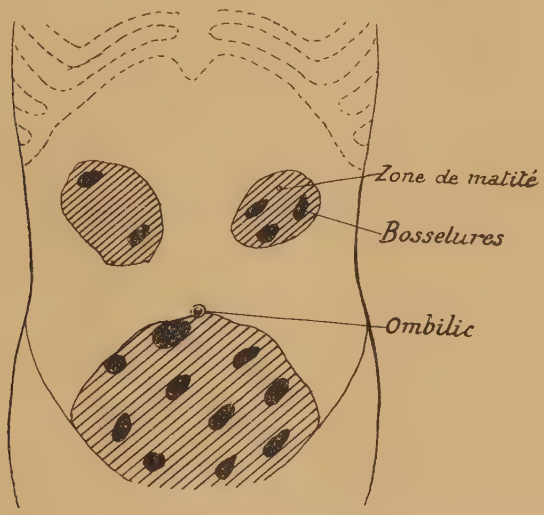
Le 5 octobre, l'abdomen fut mensuré :

Au niveau de l'ombilic la circonférence était de 83 centimètres.

Cinq centimètres au-dessus de l'ombilic la circonférence était de 85 centimètres.

Cinq centimètres au-dessous de l'ombilic la circonférence était de 81 centimètres.

Ci-joint le schéma des principaux gâteaux perçus. Il existe dans la zone sus-ombilicale une induration de la paroi, et quelques bosselures, tandis que dans la portion sous-ombilicale, en plus de larges zones mates, on sent nettement des masses assez limitées.



On continue le traitement thermothérapique (Appareil de Miramont de la Roquette).

La miction se fait facilement ; les urines sont abondantes, 1.800 à 1.900 centimètres cubes par jour.

Le 28 octobre, la circonférence de l'abdomen était, au niveau de l'ombilic, de 84 centimètres ; la ligne biliaque mesure 35 centimètres.

A la suite de l'aggravation de son état, le malade fut réformé, et rentra, sur sa demande, dans sa famille.

(Ces renseignements nous ont été fournis par M. le Médecin principal de 1re classe Boppe, médecin chef de l'Hôpital militaire de Nancy, que nous prions de bien vou-

loir croire à nos plus vifs remerciements pour son extrême obligeance.)

A sa sortie de l'Hôpital militaire, le malade confiant dans le diagnostic posé, et malgré l'insuccès du traitement jusque-là employé, continua la même médication. Il prit passage sur un bateau circulant sur les canaux si nombreux dans notre région, et continua avec une persistance digne d'un meilleur sort à exposer son abdomen au soleil. Mais, voyant tous les symptômes s'aggraver, la constipation devenir de plus en plus opiniâtre, la miction devenir difficile et beaucoup plus fréquente, il rentre chez lui, puis revient à l'Hôpital civil de Nancy, où il entre le 4 mai 1911, dans le service de notre Maître, M. le Professeur Weiss, dont nous avions alors l'honneur d'être l'interne.

Etat actuel : Le malade est un jeune homme de constitution primitive robuste, mais il est très amaigri ; il aurait maigri beaucoup, plus de 20 kilos, dit-il ; ses membres sont décharnés, la peau est flasque et ridée.

Contrastant avec la maigreur du reste du corps, l'abdomen, très pigmenté, brun noir, est énorme. La circonférence au niveau de l'ombilic mesure 92 centimètres et la ligne séparant les deux épines iliaques mesure 43 centimètres. On constate à la vue plusieurs bosselures au niveau de l'hypogastre et des flancs, la palpation permet de délimiter une large zone mate correspondant au flanc gauche, de même dans l'hypocondre gauche. Au niveau de l'ombilic font saillie plusieurs petites tumeurs du volume d'une noix verte, mates, roulant sous les doigts. Il en existe de même au niveau du flanc gauche. Le foie paraît augmenté de volume ; sa surface est bosselée.

Le malade entrait pour occlusion datant de douze jours. On pratique le toucher rectal qui permet de percevoir un empâtement de tout le cul-de-sac recto-vésical qui est

bombé dans le rectum et l'obstrue presque. On a la sensation de masses arrondies, entassées. Cette constatation permet d'expliquer les troubles de la miction dont se plaint le jeune homme. Pollakiurie, dysurie ; le cathétérisme de la vessie, assez facile, permet d'évacuer 150 centimètres cubes d'urine. On sent alors une masse considérable occupant toute cette région.

Connaissant l'histoire du malade, M. le Professeur Weiss pensa de suite à l'existence de kystes hydatiques multiples, et pour parer au plus pressé, il proposa au malade, qui l'accepta, une laparotomie qui fut pratiquée le 5 mai. Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, le maximum des lésions siégeant à ce niveau.

On tombe sur une masse kystique du volume d'une tête de fœtus. Après protection du ventre à l'aide de « champs » stériles, ponction du kyste, formolage de la cavité, puis incision de la capsule et ablation de la membrane mère. Le kyste est incisé ; en dessous de lui, on tombe sur un kyste presque aussi volumineux ; on lui applique le même traitement ; après son incision, on constate une agglomération de kystes du volume d'une noix ; on les ponctionne, on les stérilise avec la solution de formol, mais on ne peut les extirper.

Laissant là les kystes pelviens, M. le Professeur Weiss extirpe les deux kystes situés dans le flanc gauche et enserrant le côlon descendant. Il pense de cette façon avoir levé l'obstacle ; du reste, l'état général du malade ne permet pas une plus longue intervention. Suture de la paroi en trois pans. Avant de reporter le malade dans son lit, les kystes du pelvis sont ponctionnés par voie rectale ; le toucher alors est facile et permet de constater le large déblaiement opéré dans le bassin. Il a été traité dix-sept kystes.

Le soir, température 36°3. Pouls 92.

Le malade est très affaibli, mais souffre moins ; il urine facilement, moins fréquemment ; ni gaz, ni selles.

6 mai. — L'état général est resté stationnaire. Le malade se plaint de douleurs, surtout marquées au niveau du côté droit, à deux travers de doigt de l'ombilic.

Température 36°7. Pouls 100.

Température 36°4. Pouls 80.

7 mai. — Le malade se sent de plus en plus affaibli ; les douleurs vont plutôt en augmentant ; l'obstacle ne paraît pas être levé.

A la cocaïne locale, M. le Professeur Weiss pratique une incision le long du bord droit du muscle grand droit et sur une anse distendue pratique une entérostomie ; il s'écoule environ 100 grammes de liquide. Le malade se sent soulagé.

Dans la journée, on pratique un lavage qui ramène encore un peu de liquide fécaloïde.

Il n'existe pas de réaction péritonéale.

8 mai. — L'état général du malade, déjà précaire, s'altère de plus en plus ; la langue est sèche, les urines plus rares, la fistule ne laisse plus écouler de matières. Les douleurs ont repris de plus belle, mais sans localisation bien nette ; on ne voit pas de contractions intestinales.

Le malade meurt le 9 mai, à deux heures du matin.

Autopsie. — Trachée : liquide sanguinolent.

Poumon droit : adhérences et masse kystique grosse comme une orange.

Adhérences fibreuses au lobe supérieur.

Poumon gauche : libre dans la plèvre.

Appareil circulatoire : cœur mou, volume normal, étalé, plaques laiteuses sur le ventricule droit, face antérieure. Muscle rose pâle, ecchymoses punctiformes sous-péricar-

diques vers le sillon auriculo-ventriculaire vers l'oreillette gauche.

Dans la cavité abdominale, nombreux kystes disséminés dans toute la cavité ; au-dessous du diaphragme, dans la région du cardia, à gauche, l'estomac est largement ouvert, et les tissus voisins, diaphragme compris, sont réduits en tissus noirâtres, probablement par digestion par le suc gastrique.

Appareil urinaire : reins volumineux, substance corticale tuméfiée, augmentée de volume. Vessie normale.

Uretères normaux, sauf le droit, légèrement dilaté. Entre la vessie et le rectum, se trouvent plusieurs grosses masses adhérentes entre elles.

Le tissu cellulaire est congestionné.

Rate adhérente au tissu voisin, volumineuse, déformée. Vers son hile, masses grosses comme des mandarines vers son bord postérieur ; elle paraît contenir trois masses kystiques dans son parenchyme, dont la plus supérieure est suppurée.

Foie. — Dimensions : transversale 41 en avant, 27 en arrière, hauteur 15,5. Augmentation de volume considérable ; tout le lobe droit est remplacé par des kystes adjacents, transformant le lobe en une véritable grappe, en forme de rein polykystique. Cette masse se prolonge en chapelet, en avant du lobule de Spiegel. Sous le lobe gauche, se trouve un autre gros kyste du volume d'un gros poing. La face convexe du foie est semée d'une dizaine de kystes dont le plus gros est du volume du poing, et le plus petit du volume d'une noix. Le plus gros, étant à gauche, se décolle bien du foie et semble être développé sur le péritoine et refoule la substance hépatique ; les autres semblent également ne pas être venus du foie.

Toute la masse intestinale recouverte en avant par le

grand épiploon adhérent, forme un bloc dans lequel il est difficile de répartir la distribution des kystes. Après avoir soulevé le grand épiploon aminci et rompu les adhérences, on trouve la masse de l'iléon libre, ou légèrement adhérente, dilatée jusqu'à 1 m. 20 de la valvule iléo-cæcale, où avait porté l'opération de l'anus artificiel. En soulevant cette masse, on trouve que depuis la région splénique existe un amas de vésicules de la grosseur moyenne d'une mandarine, accolées les unes aux autres, comprimées dans une sorte de filet de tissus fibreux, lâches, et se prolongeant en forme de grappe suivant une courbe du flanc gauche jusqu'à la fosse iliaque droite.

Au point de vue de l'état des vésicules, un grand nombre, ouvertes, contenaient un liquide « eau de roche » ; d'autres sont flétries, ratatinées, vides de liquide, contenant les vésicules filles ratatinées avec contenu quelquefois d'apparence jaune brun colloïde.

En examinant l'intestin grêle, quelques petites granulations sur la paroi externe et sur quelques fausses membranes, grosses comme une tête d'épingle, tendent à se pédiculiser.

Estomac : rien d'anormal en lui-même. A un centimètre sous la grande courbure, dans l'épiploon, existe un kyste irrégulier allongé et un autre volumineux comme une orange dans la petite courbure.

Frappé, à l'autopsie, de la facilité relative avec laquelle on aurait pu, quelques mois auparavant, soigner et guérir ce malade, nous eûmes l'idée d'entreprendre des recherches à ce sujet. Dirigé par notre Maître, M. le Professeur Weiss, guidé par les indications autorisées de M. le Docteur Dévé, professeur à l'Ecole de Rouen, un Maître en la matière, nous

avons entrepris de réunir le plus grand nombre possible d'observations de kystes hydatiques abdomino-pelviens, traités chirurgicalement, et, quelque disparates qu'elles soient, d'en tirer des conclusions.

Nous avons éliminé de parti-pris les récidives post-opératoires siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette question fut étudiée par M. Dévé, et fut traitée implicitement dans de nombreuses thèses.

Nous n'avons pas voulu nous étendre sur les complications extra-péritonéales de l'échinococcose secondaire (rupture dans l'intestin, la plèvre, le poumon), nous en avons seulement signalé l'existence.

Les rapports des kystes hydatiques avec la gros sesse nous ont semblé très intéressants, mais devant nous entraîner à trop de développements. Nous nous réservons de traiter cette question ultérieurement.

Nous avons voulu simplement, après avoir rappelé par quelles vicissitudes passa l'idée d'échinococcose secondaire, en tracer rapidement l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic, puis, connaissant son anatomie pathologique et son pronostic, envisager son traitement à ses différents stades.

La besogne fut rendue difficile par la dissémination des textes se rapportant à la question, l'ambiguïté ou l'incertitude de nombreux détails, aussi nous excusons-nous des imperfections de cette étude. Mais notre but était surtout d'attirer l'attention sur une question des plus intéressantes et qui mérite d'être plus connue, si nos efforts réussissent, nous en serons heureux. Nous sommes convaincus, en effet, après avoir compulsé de nombreux travaux que, même compliquée,

l'échinococcose secondaire est curable, mais que son traitement, souvent dangereux, toujours difficile, est une œuvre de patience et de méthode et que, seule, l'adoption d'interventions fragmentées permettra de sauver les malheureux condamnés autrement à la cachexie précoce et à la mort.

Mais, avant d'entreprendre notre travail, ce n'est pas sans une certaine émotion que nous jetons un regard en arrière sur nos années d'étude, et c'est pour nous un devoir bien doux à remplir de profiter de cette occasion unique pour exprimer à tous les Maîtres dévoués, qui nous ont aidé de leurs précieux conseils, l'assurance de nos remerciements émus.

C'est à M. le Professeur Weiss que va tout d'abord l'hommage de notre reconnaissance. Depuis que nous avons abordé, sous sa haute et bienveillante attention, l'étude de la chirurgie, il n'a cessé de nous témoigner, dans toutes les circonstances de notre vie, une affection qui ne s'est pas départie un seul instant. Par ses conseils journaliers, son savant enseignement et surtout par ses exemples, il a su nous pénétrer de la grandeur et de la noblesse de la tâche entreprise et nous communiquer de sa foi et de son enthousiasme. Devenu son chef de Clinique, il a bien voulu nous accorder sa confiance et nous associer à ses travaux. Aujourd'hui, qu'il nous fait l'honneur de présider notre thèse, nous lui offrons, du fond du cœur, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueuse affection.

M. le Professeur Spillmann a guidé nos premiers pas dans nos études médicales ; nous n'oublierons

jamais ses savantes leçons et l'intérêt et la bienveillance qu'il nous a témoignés pendant les quelques mois passés comme interne dans son service ; nous sommes heureux de lui adresser nos plus sincères remerciements, ainsi qu'à M. le Professeur agrégé L. Spillmann, qui, lui aussi, a droit à notre reconnaissance pour l'extrême bonté avec laquelle il nous a accueilli à sa clinique et la latitude qu'il nous a laissée de poursuivre notre éducation chirurgicale.

Merci encore à M. le Professeur Herrgott ; nul mieux que lui ne pouvait nous initier à la pratique si délicate de l'art des accouchements ; il l'a fait avec un dévouement qui nous a profondément touché ; nous garderons un précieux souvenir de ses intéressantes et spirituelles leçons.

Au cours de cette même année, M. le Professeur agrégé Fruhinsholz ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils ; il nous a permis maintes interventions qui, sans lui, nous seraient restées étrangères ; enfin, dans une circonstance toute particulière, il n'a pas hésité à mettre sa science à notre disposition ; qu'il soit assuré ici de toute notre gratitude.

De la grande bonté que M. le Professeur agrégé Frœlich a eue à notre égard, nous garderons un inoubliable souvenir ; c'est grâce à son aimable obligeance que nous pûmes entreprendre des recherches, car, non content de nous aider de ses conseils, il voulut bien nous confier plusieurs de ses documents personnels sur des questions où il est passé Maître.

Nous sommes heureux de saisir l'occasion qui se présente à nous de remercier une fois de plus M. le

Professeur agrégé G. Michel, qui nous a témoigné, pendant le cours de nos études, une sympathie et un intérêt dont nous sommes justement fier ; nous gardons un agréable souvenir des bons moments passés avec lui lors de différents congrès, et nous n'oublierons jamais le grand honneur qu'il nous a fait en nous associant à ses travaux et en mettant à notre dispositions plusieurs observations inédites, grâce auxquelles nous avons pu ou faire ou commencer une série de mémoires.

M. le Professeur Nicolas est du nombre de ces Maîtres qui, donnant à leurs élèves le meilleur d'eux-mêmes, laissent dans le cœur de ceux qui les ont connus un souvenir ineffaçable ; il nous a accueilli dans son laboratoire avec une affectueuse bienveillance ; durant les quatre années passées auprès de lui comme aide d'anatomie et prosecteur, il nous a prodigué ses conseils judicieux et clairs et a su nous faire aimer l'anatomie ; nous savons tout ce que nous lui devons et l'assurons encore de notre inaltérable reconnaissance.

Bien souvent M. le Professeur Prenant nous a guidé dans nos recherches et ne nous a ménagé ni son temps ni sa peine ; nous ne lui dirons jamais assez combien nous le remercions. Nous associons à son nom celui de M. le Professeur Bouin, à qui nous savons gré de l'intérêt qu'il nous a témoigné.

Nous n'oublions pas non plus M. le Professeur Ancel, qui, après le départ de M. le Professeur Nicolas, voulut bien nous prendre avec lui ; du jour où il nous ouvrit son laboratoire, nous avons été conquis par sa

bonté et mis à même d'apprécier son enseignement clair et érudit ; après nous avoir soutenu de ses encouragements au cours de nos recherches, il voulut bien nous confier bon nombre de renseignements qui nous furent de la plus grande utilité ; nous lui exprimons nos plus vifs remerciements.

Enfin nous serions bien ingrat, si, au seuil de cette étude, nous n'avions un souvenir tout spécial pour M. le Docteur Dévé, Professeur à l'Ecole de médecine de Rouen, qui, avec une obligeance extrême, a mis à notre disposition des documents personnels fort intéressants sur une question qu'il a particulièrement étudiée ; nous le prions de croire à notre entier dévouement.

Nous adressons aussi nos sincères remerciements à MM. les Professeurs Gross, doyen de la Faculté de Médecine, Guilloz, Haushalter, Rohmer, Simon, Vuillemin ; MM. les Professeurs agrégés André, Binet, Collin, Dufour, Etienne, G. Gross, Lucien, Richon, Sencert, pour la sympathie et l'intérêt dont ils ont bien voulu nous honorer.

CHAPITRE PREMIER

Résumé zoologique.

Avant d'entreprendre l'étude des greffes péritonéales du tœnia Echinocoque, nous tenons à résumer l'évolution de ce parasite, à rappeler en quelques mots les dénominations habituellement usitées, et à schématiser la disposition et la structure des différentes formations échinococciques.

Le *Tœnia Echinocoque* est un cestode de 5 à 6 millimètres de longueur vivant normalement dans l'intestin de certains chiens. Ce ver, dont la tête porte un rostre armé d'une double couronne de vingt à cinquante crochets, est suivi d'une courte chaîne composée de trois anneaux. L'avant-dernier contient les organes génitaux, et le dernier renferme environ cinq cents œufs, mesurant de 30 à 35μ. Ce dernier anneau est expulsé de l'intestin du chien avec les matières fécales. Il se désagrège, mettant en liberté des œuf qui peuvent être répandus sur le sol, ou peuvent souiller soit l'eau de boisson, soit les légumes,

soit les fruits. Ces œufs peuvent donc être amenés dans l'estomac.

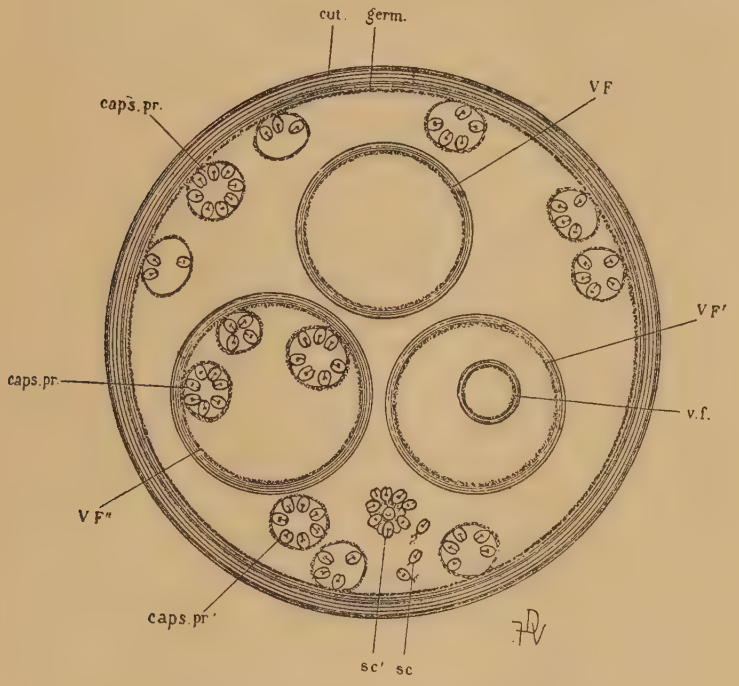


Schéma d'une vésicule hydatique (d'après Dévé).

cut — cuticule.
germ — membrane germinale.
V F — vésicule fille stérile.
V F' — vésicule fille contenant.
v f — vésicule petite-fille.
V F'' — vésicule fille fertile contenant.
caps pr — capsule proligère.
caps pr' — capsule proligère détachée.
sc — scolex.
sc' — grappe de scolex.

Le suc gastrique dissout leur coque et met en liberté l'embryon qu'elle contient. C'est l'*embryon hexacan-*

the, appelé ainsi en raison de six crochets qu'il porte au niveau d'un de ses deux hémisphères. Cet embryon arrive au foie (par exemple), devient hydropique, formant une vésicule hydatique, élément essentiel du kyste hydatique.

Le *kyste hydatique,* ou mieux *échinococcique* (appelé encore : hydatide, échinocoque), toujours enveloppé d'une membrane conjonctive adventice, est une vésicule formée de deux couches : une externe, épaissie, feuilletée, anhiste : la *cuticule* (membrane cuticulaire ou externe) et une interne, extrêmement mince, granuleuse, renfermant des noyaux : la *membrane germinale* (membrane germinatrice fertile, parenchymale, parenchymateuse).

A cette membrane germinale sont appendus d'innombrables petits grains qui, à l'œil nu, donnent un aspect velouté, villeux, à sa surface interne. Ces grains se détachent avec la plus grande facilité. Si on les recueille dans une éprouvette, ils apparaissent comme une sorte de sable blanc qui flotte un instant lorsqu'on agite le liquide, puis retombe au fond du tube.

L'examen de ces grains, au microscope (faible grossissement), montre qu'ils sont constitués de petites vésicules contenant dans leur intérieur 5, 10, 20 petits corps ovoïdes plus sombres. Ce sont les *vésicules proligères* (capsules proligères) contenant les *scolex* (échinocoques, capitules, têtes, jeunes tœnias).

Les capsules proligères ont une structure simple. Elles sont formées d'une mince membrane granuleuse

analogue à la membrane germinale sur laquelle elles sont implantées par un pédicule.

Les scolex, appendus, eux aussi, par un court pédicule à la surface interne des vésicules proligères, ne sont que de petites têtes de tœnias. Normalement, ils sont invaginés, leur double couronne de crochets et leurs quatre ventouses rétractées à l'intérieur. Ce sont ces scolex qui, ingérés par le chien, se greffent sur son intestin et forment le tœnia échinocoque.

On peut rencontrer les scolex libres dans le liquide remplissant le kyste hydatique. Ils résultent d'un éclatement « in situ » de capsules proligères, naturellement très fragiles. La preuve en est que souvent ces scolex sont trouvés appendus en grappe aux débris de leur vésicule proligère d'origine.

Le kyste échinococcique peut contenir aussi, en plus ou moins grand nombre, des *vésicules filles* (vésicules secondaires, hydatiques). Blanches, élastiques, transparentes, tremblotantes, ces vésicules, du volume d'un grain de millet à celui d'un œuf de poule, se comptent souvent par centaines, et existent à tous les stades de leur évolution. Elles ont la même structure que le kyste échinococcique, c'est-à-dire avec cuticule épaisse, feuilletée et une membrane germinale mince granuleuse.

Les vésicules filles ne font pas partie intégrante des kystes, qui peuvent évoluer sans en contenir. Ce ne sont pas, néanmoins, des kystes stériles, comme on les appelle parfois par suite d'un abus de langage. Le grand danger des kystes, en effet, réside bien plutôt

dans les nombreuses vésicules proligères et les myriades de scolex contenus dans le liquide hydatique.

Il existe parfois de vrais kystes stériles (acéphalocystes), mais ce ne sont que des exceptions.

Les vésicules filles contiennent fréquemment des vésicules proligères et des scolex de même nature et de même origine que ceux des kystes échinococciques. Parfois aussi, elles renferment des vésicules filles devenues ainsi vésicules petites-filles, ayant du reste la même constitution.

Toutes ces formations forment des kystes hydatiques uniloculaires. Ce sont les seuls dont nous nous occuperons, les seuls du reste (à part quatre exceptions) rencontrés en France. Malgré le brillant rapport de M. Dévé au Congrès de Pathologie comparée (Paris, octobre 1912), la nature du kyste alvéolaire, probablement causé par le même parasite, n'est pas encore élucidée et nous avons éliminé son étude.

CHAPITRE II

Historique.

L'existence de l'Echinococcose secondaire abdominale est connue depuis la plus haute antiquité. Arétée écrivait : « On connaît aussi une autre espèce d'hydropisie. Dans cette maladie, des vésicules très petites, nombreuses, pleines d'eau, se produisent dans le lieu où l'ascite existe ordinairement. » Plusieurs siècles s'écoulent avant que cette complication soit reconnue de nouveau. Vega, Plater, Riverius observèrent des cas de kystes hydatiques de l'abdomen, et Morand, en 1722, dans son Mémoire à l'Académie des Sciences, parle « de sacs membraneux pleins d'hydatides sans nombre, attachés à plusieurs viscères du bas-ventre, découverts par l'examen du bas-ventre ».

Mais la filiation des faits, la notion de l'échinoccose secondaire, succédant à la rupture d'un kyste primaire, était inconnue. Cette ignorance résultait d'idées préconçues très anciennes, regardées comme

intangibles. N'était-ce pas Hippocrate qui écrivait : « Quand le foie plein d'eau se rompt dans l'épiploon, le ventre se remplit d'eau et les malades succombent ». Cette opinion du Maître était aussi celle des Cliniciens de la seconde moitié du XVIII[e] siècle, et Cadet de Gassicourt pouvait écrire dans sa thèse les phrases suivantes : « Ce que j'ai à dire de la rupture des kystes du foie dans le péritoine pourrait se résumer en une seule phrase : Cette rupture est suivie d'une péritonite suraiguë toujours et promptement mortelle. J'ai hâte de quitter ce sujet qui ne prête à aucune considération intéressante. »

Cette hypothèse était à tel point classique que Davaine, dans son Traité des Entozoaires (1877), écrivait : « Lorsque le kyste de l'un des organes de l'abdomen s'ouvre dans une grande cavité séreuse, l'inflammation, en quelque sorte instantanée, qui survient, a une marche rapide qui se termine toujours par la mort. » C'est aussi l'opinion soutenue par Frerichs dans son Traité des Maladies du Foie (1877).

Pour arriver à la notion d'échinoccose secondaire, il fallut d'abord démontrer que les ruptures de kystes hydatiques n'amenaient pas forcément la mort. Déjà, en 1867, Finsen avait indiqué une distinction capitale à ce point de vue entre les kystes à contenu limpide et les kystes à contenu purulent. « Je pense, écrivait-il, qu'en général, la rupture d'échinocoques frais, avec épanchement dans la cavité adbominale, n'est pas dangereuse et qu'elle cause seulement la mort si le liquide contenu dans le sac est purulent. » Il s'appuyait, pour émettre ces idées, sur ses observations et celles anté-

rieures de Giraldès et de Maisonneuve qui avaient vu la rupture de kystes du foie se faire dans l'abdomen sans autres conséquences que l'apparition d'une ascite.

L'expérimentation vint à l'aide de la clinique. Kirmisson (1882), puis Korach (1883) démontrèrent la tolérance du péritoine à l'égard du liquide hydatique non altéré et habituèrent chirurgiens et médecins à cette idée que la rupture d'un kyste hydatique dans la séreuse abdominale n'est pas fatalement suivie de péritonite.

Ce n'était pas encore assez, et Mauny, en 1891, fit faire un pas de plus à la question en montrant que, contrairement à une autre opinion classique, le mélange de bile au liquide hydatique épanché dans le péritoine ne conférait pas à la rupture un caractère de gravité mortelle si la bile était aseptique.

L'idée de rupture d'un kyste dans l'abdomen, rupture non suivie de mort, était donc admise. Il fallait chercher ce que devenait le liquide, ou plutôt ce que devenait l'individu après la rupture de son kyste. L'attention fut attirée tout d'abord par les accidents primitifs en quelque sorte (urticaire, collapsus...) Signalées en 1866 par Harley, en 1867 par Murchinson, les éruptions ortiées n'ont été décrites d'une façon complète que par Finsen qui en faisait un signe d'une grande valeur, et avec juste raison, car depuis, les cas se sont multipliés et l'on sait que l'urticaire est due à la résorption du liquide hydatique épanché dans le péritoine.

Les expériences de Debove, puis de Achard éluci-

dèrent la nature de cette « intoxication hydatique » et la rapportèrent à sa véritable origine.

Les accidents toxiques qui suivent la rupture de kystes hydatiques attirèrent presque exclusivement l'attention des cliniciens, et ce n'est qu'à une date relativement récente que l'on s'avisa de penser que des germes vivants répandus dans le péritoine en même temps que le liquide pourraient bien continuer à vivre dans cette séreuse, et, se greffant sur ses parois, donner naissance à d'autres kystes de la cavité abdominale.

Cette possibilité émise par Hunter, en 1793, puis par Richter, en 1794, avait été combattue par Charcot, car, dit-il, « il semble naturel que les kystes en question (il s'agissait de kystes du bassin) se sont tout simplement développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ». C'était, en effet, à ce moment, l'opinion admise que les kystes multiples résultaient d'une diathèse vermineuse donnant la généralisation ou bien d'une multi-infection par ingestion d'œufs de tœnias à époques différentes et de développement ultérieur différent.

Cinq ans plus tard, Charcot insistait encore sur sa théorie sous-séreuse en citant une observation de kystes multiples de l'épiploon où ces kystes étaient comme suspendus à l'intestin et pourvus de pédicules.

Finsen, dix ans après, en même temps qu'il démontrait la possibilité d'une rupture du kyste sans mort immédiate du patient, décrivait la cause des rechutes, car « l'échinocoque est souvent frais et contient des têtes vivantes ».

Ce fut surtout Volkmann, au sixième Congrès de Chirurgie allemande, qui attira l'attention des chirurgiens sur la possibilité d'une greffe des germes hydatiques. Il rapporta une observation de kystes multiples de l'abdomen qui « ne sauraient presque pas s'expliquer autrement que par une chute, dans la cavité péritonéale, de jeunes germes d'échinocoques, et par leur évolution ».

Freund fit reculer la question. Dans sa communication au Congrès des Médecins de Bade (1879) et dans des articles successifs, il divisa les kystes multiples en deux catégories : 1° les kystes primitifs (dans lesquels l'embryon paraît être parvenu dans le bassin, soit par la voie sanguine, soit par la voie lymphatique) et, 2° les kystes secondaires « dus à l'énucléation et à la chute de kystes provenant d'organes abdominaux situés plus haut ». Ceux-ci se distingueraient facilement des premiers qui sont sous-séreux, tandis que les seconds sont intra-péritonéaux.

De nombreux auteurs et, parmi eux, Tillaux, Walther, Tuffier, vérifièrent avec soin le siège des kystes hydatiques du bassin. Il résultait de leurs examens que le siège d'élection de ces kystes était le tissu cellulaire du bassin. Aussi Clado, en 1886, rapportant un cas de kystes multiples de l'épiploon et trouvant deux gros kystes du foie rompus, ne pouvait expliquer, par leur rupture, l'existence des kystes épiploïques qui, dit-il, « se sont développés dans l'épaisseur même des lames épiploïques, probablement sur le trajet des vaisseaux ». Il en découlait une origine sanguine, car « il faudrait admettre qu'après la déchirure du kyste

hépatique, les vésicules filles ou les échinocoques ont pénétré dans l'arrière-cavité des épiploons, entre les lames du tablier gastro-colique de bonne heure complèèement adhérent ».

Pour Albert, au contraire (1887), « un plus ou moins grand nombre d'embryons hexacanthes, après avoir traversé l'intestin, cheminent dans le tissu cellulaire du mésentère, où ils peuvent d'abord s'arrêter. On comprend que, de là, ils puissent voyager dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et aller se loger dans tous les plis de la séreuse, en particulier dans les épiploons et en bas, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin ».

Malgré les dissections qu'expliquaient plus ou moins d'élégantes hypothèses, bon nombre de cliniciens rapportaient des cas d'échinococcose multiple secondaire qu'ils considéraient comme des suites de la rupture d'un kyste primitif. Déjà Potain, en 1877, rappelait que l' « on a même vu des hydatides qui, s'étant rompues dans le péritoine et y ayant été introduites vivantes, se sont greffées et y ont vécu ».

Rendu et Havage présentent à la Société Anatomique (1879) des kystes multiples de l'épiploon secondaires à la rupture d'un kyste du foie. Et Charcot, à l'encontre de ses anciennes idées soutenues en 1853, partage à ce moment l'avis des deux auteurs. Féréol et Péan rapportèrent des cas semblables.

Il eurent des imitateurs : Gratia, en Belgique ; Lawson Tait, en Angleterre ; en Allemagne, Kœnig, Olshausen, Krause, Hohl (Thèse de 1892) ; enfin Langenbuch, dans son Traité, consacre un chapitre spécial

aux greffes hydatiques. De même en Autriche, Heineke, puis Billroth, admettent semblable pathogénie. Bobroff (1896, Congrès de Pirogroff) fit observer que le développement de kystes en dehors du péritoine, n'était qu'une apparence due à ce qu'une capsule d'adhérences, d'enkystement, était formée autour des vésicules comme autour de tout corps étranger et que la capsule avait pu ensuite être tapissée d'un feuillet endothélial.

Pendant ce temps, les observations de kystes hydatiques multiples s'étaient multipliées en France. Pinard, en 1886, Poulalion, en 1890, Pauchet, en 1893, Letienne, en 1894, ainsi que Debove et Soupault, puis Soupault en 1895, insistent sur la possibilité de greffes hydatiques après rupture spontanée ou une ponction.

Ces idées n'étaient pas, toutefois, admises par tous et, contre la pathogénie adoptée, on souleva plusieurs objections. Les unes étaient d'ordre zoologique. Segond (Traité de Duplay et Reclus, 1899) parlant de l' « auto-infection » trouve « ce mode de propagation controuvé par les lois qui régissent l'évolution des larves de tœnias échinocoques » et se rallie à l'opinion que Potherat soutint encore en 1900 à la Société de Chirurgie, où il qualifie « d'hérésie ou tout au moins d'erreur zoologique » l'interprétation donnée par Peyrot de kystes hydatiques multiples, suites de la rupture d'un kyste primitif. D'après lui, un kyste ne peut se reproduire, ni par son liquide, ni par ses vésicules filles, ni par ses scolex, car il est « un stade intermédiaire dans l'évolution du tœnia échinocoque.

A aucune de ces phases : œuf, embryon hexacanthe, hydatide, scolex, il ne peut faire un retour en arrière ». Et d'après lui, il faudrait considérer les kystes hydatiques multiples « comme une manifestation multiple d'une invasion ou d'invasions répétées d'embryons hexacanthes et non comme des greffes empruntées à un premier kyste, par retour de celui-ci ».

Les observations positives de greffes furent alors apportées par MM. Ricard, Quénu, Routier, Tuffier, Michaux, Broca qui fit même observer que, par l'expérimentation, on avait pu reproduire des kystes hydatiques.

C'est, en effet, grâce à l'expérimentation que cette question put être résolue ; c'est à elle que l'on doit d'être définitivement fixé. Il fallait prouver et il fut prouvé que :

1° Les vésicules filles tombées dans la cavité péritonéale peuvent s'y greffer et y continuer leur évolution ;

2° L'inoculation d'un mélange de vésicules proligères et de scolex permet d'obtenir des kystes échinocoques ;

3° La formation de kystes aux dépens de scolex seuls est possible ;

4° Les kystes secondaires provenant de la greffe de vésicules filles ou de la transformation de scolex peuvent devenir fertiles.

Cette expérimentation fut l'œuvre de nombreux auteurs. Klencke, en 1842, avait fait quelques recherches expérimentales qui, malheureusement, ne sont ni

convaincantes, ni démonstratives. Neumann (1886), ayant observé un cas de kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale, avait introduit dans le péritoine d'un chien des tœnias adultes et mûrs. Il n'en était naturellement rien résulté. C'est à Lebedeff et Andreff (1889) qu'appartiennent les premières tentatives de greffes d'hydatides. Des vésicules prélevées, les unes trois jours après la mort et lavées à l'eau phéniquée à 2 p. 100, les autres lavées à l'eau phéniquée après séjour de trois jours dans l'alcool à 50 p. 100, donnèrent des résultats positifs.

Stadnitzky (1890), dans une première série de douze expériences, obtint onze résultats négatifs et un douteux. Dans une seconde série de trois cas (vésicules filles transplantées dans le péritoine d'un lapin), les vésicules se greffèrent une fois et même grossirent.

Peiper (1894) inocula cinq lapins, un chien, un mouton, mais n'eut que des résultats négatifs.

Belogorodsky (1895) ne fut pas plus heureux.

Alexinsky (1898), au lieu de vésicules filles, tenta de greffer des vésicules proligères et des scolex. Sur sept expériences, il obtint quatre résultats positifs, et ses greffes étaient recouvertes de péritoine !

Riemann (1899), presque simultanément, avait fait les mêmes essais. Il transplanta, dans une première série d'expériences, des vésicules filles. Sur six essais, il obtint quatre résultats positifs. Par contre, trois tentatives de greffes de vésicules proligères échouèrent.

Gourine (1900) inocula dix lapins et cinq moutons, il y eut greffe chez deux lapins et deux moutons.

Milian (1900) tenta des greffes, mais le résultat fut nul.

Voici donc quel était en 1900 le bilan de l'expérimentation :

	Résultats positifs.	Résultats négatifs.
1° Vésicules filles.		
Lebedeff et Andreff.....	2	»»
Stadnitsky	1	14
Peiper	»	6
Belogorodsky	»	5
Riemann	4	2
Gourine	4	11
Total.....	11	38
2° Vésicules proligères et scolex.		
Alexinsky	4	3
Alexinsky (cité par Riemann).	2	»
Riemann	»	3
Milian	»	3
Total.....	6	9

Ce fut alors que M. Dévé institua toute une série d'expériences à l'aide de germes provenant des kystes hydatiques de l'homme et du mouton. Il se servit, comme récepteur, du lapin et comme celui-ci est le porteur de parasites de l'espèce tœnia, tous ses résultats furent contrôlés au microscope, ce qui donne une absolue certitude pour ces résultats. De ses cinquante-trois expériences (greffes de vésicules proligères et de scolex), M. Dévé n'en retint que trente-deux, sur lesquelles il a obtenu vingt-trois résultats positifs dus

aux greffes de scolex. Notons que dans six sur neuf des résultats négatifs, l'insuccès provint d'une injection insuffisante de germes hydatiques. Les inoculations avaient été intra-péritonéales, intra-pleurales, intra-pulmonaires et intra-veineuses. Dans ces derniers essais, au nombre de quatorze, il n'y eut qu'un seul résultat positif, mais dans sept cas sur quatorze, la mort eut lieu avant le 40e jour, or « l'expérience nous a appris que la transformation kystique des germes inoculés n'est guère achevée avant le quarantième jour environ ».

Mais le résultat le plus net de ces expériences fut d'affirmer la possibilité de la greffe de vésicules proligères et de scolex. Celle-ci était, avant les travaux de Dévé, l'objet de vives contestations, car il n'en existait que peu d'exemples convaincants. D'après ses expériences, M. Dévé conclut qu'on peut, par inoculation au lapin de doses suffisamment abondantes de vésicules proligères et de scolex, obtenir, d'une façon à peu près constante, la formation de kystes échinococciques.

Autre fait intéressant : M. Dévé, « sans nier la possibilité du développement de kystes aux dépens de vésicules proligères », n'a jamais vu cette transformation bien qu'il l'ait recherchée avec le plus grand soin, tandis qu'il a pu observer très nettement la transformation kystique des scolex.

M. Dévé, au cours de ses expérimentations, put faire toute une série de constatations très intéressantes :

Il trouva très souvent à l'autopsie des animaux ino-

culés de longs tractus blanchâtres, flottant libres de toute adhérence et de toute inflammation dans la séreuse. Ces tractus étaient formés de fibrine, servaient de support à des leucocytes et à de nombreuses cellules rondes qui tendaient à s'organiser en tissu conjonctif.

Dans trois expériences (tentatives de greffes de vésicules filles et projections dans la cavité péritonéale de deux fragments de la paroi d'un kyste), il trouva, 17, 113 et 230 jours après, ces différents corps inclus dans l'épiploon, donc en dehors de la cavité, dans le tissu cellulaire sous-séreux. Il en est de même, du reste, après l'inoculation intra-séreuse des vésicules proligères et des scolex qui se développeront sous la séreuse.

Enfin, M. Dévé décrivit, pour la première fois, la pseudo-tuberculose échinococcique caractérisée par « une lésion nodulaire, d'origine hydatique, qui, par sa distribution, par ses caractères objectifs, et jusque par certains traits de sa constitution histologique, rappelle l'aspect et la structure des granulations tuberculeuses véritables (Dévé) ».

Après cette série d'expériences, la question était tranchée et on pouvait dire que l'expérimentation avait démontré que chacun des éléments parasitaires, macroscopiques ou microscopiques contenus dans les kystes hydatiques, était capable de reproduire le parasite vésiculaire. Chacun de ces éléments spécifiques peut devenir l'origine d'une récidive hydatique.

En même temps que paraissait la thèse de M. Dévé, M^lle^ Ponomaroff avait entrepris une série de recher-

ches qu'elle publia dans sa thèse en 1903. Sur treize expériences, inoculant chez le lapin des scolex et des fragments de membranes germinatives, elle obtint onze résultats positifs. Elle observa, elle aussi, cette pseudo-tuberculose échinococcique qu'elle préfère toute fois nommer avec Galli-Valerio : néoformation nodulaire à échinocoques.

Malgré la netteté des résultats, d'autres auteurs ont voulu cependant, ou contrôler ou compléter les expériences de M. Dévé. Certains ne réussirent pas, Olivier eut trois échecs sur trois tentatives, les autres aboutirent aux mêmes conclusions que M. Dévé.

Cohn et Balacesco (1904), Lagos et Garcia (1906), Frangenheim (1906), Œhlecker (1910), Hosemann (1911) reprirent la question et leurs recherches expérimentales ne furent qu'une éclatante confirmation de celles de M. Dévé, dont elles ne sont qu'un calque.

Acuellement le principe de l'échinococcose secondaire par greffe péritonéale est admis par tous et si la discussion est encore ouverte, c'est qu'il s'agit maintenant, connaissant l'évolution fatale de ces greffes, plus ou moins modifiées selon les circonstances qui ont accompagné leur issue hors du kyste hydatique primitif, d'être fixé sur la thérapeutique à leur opposer.

CHAPITRE III

Etiologie.

L'échinococcose secondaire résulte de la rupture dans l'abdomen d'un kyste primitif, aussi étudier son étiologie, c'est étudier la rupture, sa fréquence, ses causes, ses symptômes, ses complications.

La rupture des kystes hydatiques est relativement fréquente. Si nous compulsons à ce sujet les différentes statistiques, nous trouvons les chiffres suivants : Mulliers 8,5 p. 100, Peiper 9 p. 100, Madelung 9 p. 100, Furbringer 11 p. 100, Vegas et Cranwell 12 p. 100, Wiedemann 12,5 p. 100, Marguett 13 p. 100, Neiser 15 p. 100, Becker 15 p. 100, Lyon 15 p. 100, Drixelius 16 p. 100, Lallic 20 p. 100, Cobbold 21 p. 100, Davaine 23 p. 100. M. Dévé, qui fait autorité en la matière, estime que la fréquence de la rupture est d'environ 1/5 ou 20 p. 100.

Cette rupture peut être : 1° spontanée ; 2° traumatique.

1° Rupture spontanée. C'est, dit M. Dévé, « un accident fréquent, nous dirions presque un accident banal ». Les auteurs se sont ingéniés à trouver une cause à cette rupture. Les uns incriminèrent la distension des parois par le liquide, d'autres accusent une oblitération des voies biliaires qui se perforeraient à un moment donné, produisant une brusque augmentation de tension, avec, comme conséquence, l'éclatement qui pourrait être aussi provoqué par la simple suppuration du kyste. Les gaz fétides résultant de l'évolution des microbes anaérobies, surdistendent la poche, d'où rupture sans aucune influence extérieure.

En réalité, le motif échappe parfois à nos recherches et la spontanéité apparaît sans qu'on puisse expliquer pourquoi l'accident s'est produit et comment il s'est produit. Il suffit pour s'en rendre compte, de rappeler les circonstances qui ont accompagné la rupture. Celle-ci se serait produite pendant le palper abdominal (Cranwel et Végas) ou même la malade restant couchée dans son lit (Finsen, Murchinson, Potain, Boiteux, Sabadini, Rottenstein). Parfois même, la rupture se produisit sans que le patient s'en soit rendu compte et seuls, les signes de la rupture accompagnant la disparition d'une tumeur préexistante firent diagnostiquer la déhiscence du kyste (Sklifosowsky).

OBERVATION 2

Sklifosowsky. — Chir. annal., 1895.

Un homme de 28 ans était porteur depuis plusieurs années d'une tumeur de la région épigastrique. Il y a trois ans, elle disparut brusquement, sans que le malade éprouvât la moindre sensation pénible. Au bout d'un certain laps de temps, la tumeur se reforma et augmenta progressivement de volume, dix mois avant son entrée à l'Hôpital, le malade eut de l'ictère et des accès fébriles.

A l'examen, tumeur fluctuante dépendant du foie, en outre, dans la profondeur de la cavité abdominale, indurations nombreuses. Région sous-ombilicale douloureuse, fosse iliaque tendue, œdème des membres inférieurs.

Intervention, première incision sus-ombilicale : gros kyste ancien du foie à contenu brun-verdâtre et dont la surface interne, rugueuse et de couleur ardoisée, était tapissée de dépôts calcaires. Marsupialisation. Deuxième incision sous-ombilicale : quatre kystes sous-séreux du grand épiploon sont successivement enlevés. Autres tumeurs sous-péritonéales dans les fosses iliaques.

Après tentatives d'énucléation de la masse kystique droite, on se contente de la ponctionner. On remet à plus tard l'extirpation du kyste de la fosse iliaque gauche.

2° Rupture traumatique. Toutes les causes qui augmentent brusquement la tension d'un kyste, ou rompent sa solution de continuité, sont causes de rupture.

Les contusions portant au niveau de l'hypogastre droit, par exemple, pour les kystes du foie, peuvent amener une rupture. Les kystes, en effet, acquièrent facilement un développement assez considérable, dès lors ils débordent les fausses-côtes et viennent s'offrir en quelque sorte au traumatisme, pour se rompre sous l'influence de chocs parfois minimes.

Le trauma peut porter sur la région kystique : chute à plat ventre (Frerichs, Ogle, Œhlecker), sur une bouteille (Bataille-Dévé), heurt contre un banc (Broca), coup à l'épigastre (Susseroth), contusion de l'hypochondre (Nicolaï).

OBSERVATION 3

Broca. — Bulletin et mémoires de la Soc. de Chirurgie, 21 mars 1900.

Un enfant de 10 ans, porteur d'un kyste du foie est sur le point d'être opéré, lorsque, en faisant des cabrioles dans la cour, il se contusionne l'abdomen contre un banc. il en résulte des accidents toxiques assez forts, réaction péritonéale, urticaire et épanchement que l'on ponctionne, mais on ne trouve plus aucune tumeur du côté du foie.

Quelques mois après, le sujet revient, présentant des kystes hydatiques multiples de l'abdomen ; on lui fait une laparotomie médiane sus-ombilicale et l'on trouve une collection hydatique gauche rétropéritonéale, vers le foie, masse polykystique décortiquée avec peine ; derrière elle, autre tumeur rétro-péritonéale. A côté, vers la fosse iliaque droite, on énuclée encore un amas polykystique rétropé-

ritonéal plus petit. Enfin, dans l'abdomen, surtout vers l'estomac, nombreux kystes plus petits, on en extirpe de l'épiploon plusieurs gros comme des noisettes.

OBSERVATION 4

Ohlecker. — Centralblatt für Chirurgie, 1910, p. 1185, 3 septembre, t. 37.

Apprenti de commerce, âgé de 17 ans, H. D..., qui le 26 mai entra à l'Hôpital d'Eppendorf ; il est né et a grandi à Lüneburg. Le père est marchand de bestiaux. Le patient a toujours été en contact avec des chiens et particulièrement à l'âge de 11 ans. Depuis 4 ans, le malade est resté à Hambourg et n'a plus été en contact avec des chiens. En avril 1909, le malade eut une violente blessure dans la région du foie (dans une chute à l'angle d'une rue, il tomba avec force sur la tête). Il ressentit immédiatement de fortes douleurs dans le ventre et on dut le transporter à la maison. Bientôt l'urticaire apparaissait, et plus particulièrement sur les bras. Le malade eut des douleurs, des nausées et des vomissements et dut rester au lit de cinq à six jours. Après il se remit tout à fait. Le 26 mai 1910, donc un an plus tard, le malade fit une chute de bicyclette et tomba à plat ventre sur une pierre. Il ressentit immédiatement de violentes douleurs de ventre, eut des vomissements, etc. Il fut conduit à l'Hôpital. L'état suivant fut dressé : jeune homme de 17 ans, pas très vigoureux, se plaint de violentes douleurs dans le ventre et de nausées ; aucune pâleur de la peau, la température est un peu au-dessus de la normale, le pouls est accéléré, le ventre sensible partout à la pression, un

peu de matité dans les parties déclives du ventre, défense musculaire réflexe très prononcée ; pas d'urticaire. Etant donné le soupçon de lésion intestinale, on fait une laparotomie.

Anesthésie. Appareil Roth-Dræger.

Laparotomie médiane. Il s'écoule un liquide verdâtre. Dans l'épiploon qui fait saillie, on note quelques petites tumeurs sphériques, qui à l'examen superficiel ressemblent à des ganglions tuberculeux. On s'aperçoit qu'un kyste de la grosseur du poing, avec une capsule très épaisse est situé à la face inférieure du foie, en contact avec la vésicule biliaire, le gros kyste du foie en avant dans le voisinage de l'arête hépatique ; il porte une déchirure oblique, par laquelle on aperçoit quelques vésicules filles. L'épiploon en entier est rempli de kystes à parois très minces variant de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix verte. Ces vésicules sont surtout accumulées dans le voisinage du kyste hydatique rompu. De plus, on trouve des kystes dans le petit épiploon, et au côté droit du duodenum. On résèque en entier le grand épiploon, ensuite on extirpe la presque totalité de la vésicule mère hépatique et des vésicules filles. La vésicule biliaire est extirpée. On enlève quelques vésicules du petit épiploon et de la portion droite du duodenum. Nettoyage à fond de la cavité abdominale au sérum, drain dans le petit bassin ; injection intraveineuse de sérum. Deux jours après l'opération, état médiocre, puis convalescence rapide.

Ecoulement biliaire pendant quelques jours. Selles normales.

Au début de juillet 1910, plaie fermée ; le malade va très bien.

OBSERVATION 5

Schede-Lauenstein. — In Becker, Beitræge zur Klinische-Chirurgie 1907, p. 165.

Marguerite H. N..., institutrice.

A l'âge de 4 ans, on constate l'existence d'un kyste du foie à droite. Après une chute il se ruptura, causa une péritonite qui fut déclarée guérie au bout de six semaines.

Bien portante jusqu'à l'âge de 8 ans. A ce moment, la malade se heurta contre l'angle d'une table, ce qui lui causa des vomissements et des malaises durant huit jours. Un nouveau kyste se rompit alors, puis encore un autre huit jours après. La malade garda le lit pendant six mois.

En été 1895, intervention. On enlève plusieurs vésicules du volume de la tête d'un enfant, logées dans l'épiploon et le mésentère. Elle eut plus tard plusieurs poussées de péritonite.

En 1897, Lauenstein constate l'existence d'une tumeur du Douglas. Laparotomie : extirpation de deux kystes hydatiques du petit bassin. Fièvre. Un nouveau kyste se rompt dans le vagin, d'où s'écoulent des vésicules. Guérison.

En 1906, bonne santé.

OBSERVATION 6

Susseroth. — In Becker, Beitræge zur Klinische-Chirurgie, 1907, p. 166.

Otto Sch..., 26 ans, employé à l'Abattoir.

Il y a deux ans, le malade reçut un coup de baïonnette à

l'épigastre droit. Douleurs abdominales vives ; pas de vomissements. Il garda le lit durant quinze jours. Depuis sept ans, il ressent toujours de légères douleurs dans cette région. Ces attaques devinrent plus fréquentes dans le courant de l'année. Au cours d'une de ces crises, il se produisit de l'ictère.

Plus tard, on trouva par la palpation des tumeurs abdominales, et on pensa à une échinococcose. On sent plusieurs tumeurs, mobiles, fluctuantes, de la grosseur d'un œuf de poule. Le foie est peu augmenté de volume. La surface du lobe droit est irrégulière.

3 août 1899, laparotomie, suivie d'extirpation de sept kystes de la grosseur d'un œuf de poule à celle d'un œuf de canard, logés dans l'épiploon, le méso-côlon et dans le péritoine. Un huitième kyste dans l'hypocondre gauche fut incisé et capitonné, car l'extirpation est impossible. Un neuvième kyste du Douglas, sera opéré par le rectum. A la base du foie, on trouve un kyste flétri, ne contenant qu'une bouillie calcaire ; on le laisse. Guérison.

En avril 1906, le malade est bien portant et n'a pas de récidive.

Le choc peut même être indirect. C'est à la suite d'une chute sur les lombes (Syme), sur la tête (Œlcker), que se produisit la rupture.

De simples efforts, projetant le kyste contre la paroi abdominale, ou amenant une contracture brusque des muscles de l'adbomen, contusionnant le kyste, peuvent parfois suffire à le rompre, exemple : les ruptures survenues : en démarrant une brouette (Perier), en broyant des pommes (Martin), en portant un seau (Riemann, Garé), en se baissant (Luscka), en dansant

Kauffmann), pendant le coït (Tardu, Dévé), en prenant un bain (Mac-Kormack), en faisant sa toilette (Murchinson), en levant le bras (Dévé), en se déshabillant, en se lavant (Gauraud et De Séze, Morestin), en mangeant (Jaboulay), en sautant sur une chaise (Cullingworth). Comme on le voit, un des mille petits efforts de la vie journalière, suffit à rompre la résistance des parois de la tumeur, en sorte qu'on pourrait dire, sous une forme à peine paradoxale, que « nombre de gens bien portants se promènent avec un kyste hydatique du foie latent, prêt à se rompre dans leur abdomen ».

OBSERVATION 7

Garré. — In Becker, Beitræge zur Klinische-Chirurgie, 1907.

Ludwig S..., 47 ans. Depuis trois mois l'abdomen augmente lentement de volume. Pas de malaise, sauf légère dyspnée. Balonnement de l'abdomen. La palpation ne donne pas de sensation bien nette. Fluctuation au-dessous de l'ombilic. Dans la partie ventrale gauche inférieure, zone de matité ne variant pas avec la position du malade. Par la ponction, on retire un liquide jaune foncé ne contenant pas de crochets.

Le 4 avril 1895, laparotomie. Sur l'épiploon et la séreuse du côlon, on trouve de nombreux nodules variant depuis la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet. Entre l'épiploon et l'intestin et allant jusque dans le petit bassin et le remplissant, grande cavité dont la membrane

est épaisse de 8 m/m. On y trouve de nombreuses vésicules, en partie vides, en partie remplies d'un liquide jaune louche.

On fixe le sac dans la plaie.

Deux jours après, mort par collapsus.

Le grand kyste communique avec un kyste du lobe droit du foie contenait plusieurs vésicules flétries et deux remplies. Les nombreux kystes épiploïques renfermaient des crochets.

OBSERVATION 8

MADELUNG. — In Becker, Beitræge zur Klinische-Chirurgie, 1907, p. 159.

A M..., 37 ans, musicien.

Porteur, il y a douze ans, au niveau de la région épigastrique, d'une tumeur augmentant lentement, comprimant l'estomac. Cette tumeur disparut brusquement il y a neuf ans, au cours d'un mouvement forcé pendant une partie de quilles. Dans la nuit, diarrhée. Bon état général dans les années suivantes. Depuis quatre ans, douleurs très vives dans la région gastrique, surtout depuis quatre mois. Elles augmentent aussi de fréquence. La matité hépatique est très augmentée. A ce niveau, sensation de fluctuation. Au-dessous de l'ombilic, on sent une seconde tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Le 5 mai 1886, ponction du foie. Il s'écoule du pus contenant des membranes calcifiées. Le 8 mai, incision du kyste hépatique, et rejet dans les jours suivants de masses odorantes dans lesquelles on trouve des scolex.

Guérison lente.

Le 5 mai 1888, incision du deuxième kyste ; c'est un kyste du mésentère. Guérison.

En 1889, opéré pour une hernie de la cicatrice précédente.

Mort par péritonite.

A l'autopsie : trace de péritonite ancienne, adhésive entre le foie et le diaphragme. Cicatrice très grande et indurée au niveau du ligament suspenseur.

Dans le grand épiploon et dans le Douglas, on trouve plusieurs kystes indépendants du volume d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule.

OBSERVATION 9

SCHEDE. — In Hohl. Thèse de Halle, 1892.

Jeune fille de 9 ans.

Depuis longtemps elle a un kyste du foie qui, d'après les dires des parents, aurait disparu subitement.

A son entrée à l'Hôpital, on trouve deux tumeurs de la grosseur du poing, à droite et à gauche de la ligne blanche, au-dessus de l'entrée du bassin. Une troisième tumeur occupait la région médiane du petit bassin et était difficilement perceptible.

Schede fit une incision à droite de la ligne blanche, mais à un essai de suture, la tumeur crève ; on la vide, l'attire. Enucléation.

La même opération est pratiquée à gauche.

Comme l'intervention a duré très longtemps, on remet à plus tard l'extirpation de la troisième tumeur. La malade sort au bout de quatre semaines.

Les interventions, même en apparence les plus bénignes peuvent être aussi une cause de rupture. C'est ainsi que de simples ponctions peuvent, non pas seulement laisser écouler du liquide toxique et virulent, mais causer une fissuration des membranes du kyste, premier stade d'une rupture.

Nous n'insisterons pas sur les manœuvres parfois brutales, de libération du kyste, qui peuvent amener des ruptures au cours d'une intervention. Dans ces cas, la région devait être garnie de compresses, le champ opératoire protégé, ce qui réduit les risques de contagion au minimum.

Passons aussi sur les opérations incomplètes, laissant dans un kyste, dont la membrane mère a été mal ou incomplètement extirpée des scolex ou du liquide hydatique qui, se déversant dans l'abdomen, pourra devenir l'origine de nouveaux kystes. En raison de la fréquence des interventions et malgré les habitudes de stérilisation préalable par l'injection formolée, les récidives post-opératoires qui devraient être exceptionnelles, ne sont que rares et reconnaissent comme origine une rupture précoce ou un ensemencement du trajet par des germes insuffisamment stérilisés.

La rupture étant due à un excès de tension, peut relever aussi d'un autre mécanisme. Il peut se produire une perforation des voies biliaires dans l'intérieur du kyste et cette issue soudaine de bile, pourrait être suffisante pour amener une rupture. Pour rares que soient les cas, ils n'en sont pas moins probants (Dévé, Baudet).

La rupture une fois effectuée, peut se traduire par

un tableau clinique des plus solennels et des plus caractéristiques, si tous les signes existent au complet : affaissement subit ou rapide d'une tumeur indolente, constatée depuis longtemps dans la région hépatique, en même temps, douleur brusque, atroce, excruciante, débutant dans l'hypocondre droit ou à l'épigastre, avec une sensation de déchirement interne et parfois perception de « quelque chose s'écoulant dans le ventre », défaillance du malade, sueurs froides, tendance à la syncope, au collapsus, nausées, hoquet, vomissements bilieux répétés, ballonnement du ventre avec sensibilité péritonéale, enfin, quelques minutes, une heure ou quelques heures après ce début cataclysmique, (parfois le lendemain seulement), éruption violente, généralisée d'urticaire : voilà certes un ensemble symptomatique auquel on ne peut guère se tromper (Dévé).

OBSERVATION 10

JABOULAY. — Société des Sciences Médicales de Lyon, 11 janvier 1905.

Femme de 32 ans. Sans troubles digestifs, sans éruptions.

Un mois avant d'entrer à l'Hôpital, elle ressentit une douleur violente dans l'abdomen, accompagnée de vomissements, d'arrêt des matières, de balonnement du ventre et d'une élévation de température.

Pendant huit jours, sous l'influence d'un traitement

médical, cet état s'amenda peu à peu. Il persista un état douloureux avec gêne dans l'abdomen. La malade a maigri de 8 kilogs, son teint est jaune cireux.

On constate dans les deux fosses iliaques l'existence de masses régulièrement arrondies, assez mobiles, non douloureuses. Quelques-unes donnent la sensation de fluctuation. Sous le foie, ne paraissant pas faire corps avec lui, on sent une masse analogue. L'abdomen est souple, sans résistance, sans point douloureux, ni contractions péristaltiques.

Au toucher vaginal, le col est refoulé en avant, tout le Douglas est occupé par une masse pseudo-fluctuante.

Le Professeur Jaboulay pratique une large laparotomie médiane. Le grand épiploon apparaît farci de kystes. Il est réséqué après hémostase par une ligature en chaîne posée à sa racine. L'utérus est engaîné par une masse de kystes de volumes différents, qui font le tour de l'organe. Extirpation d'une dizaine, à contenu clair, contenant en suspension des vésicules de grandeurs différentes.

Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Vingt jours après, incision sous-hépatique parallèle au rebord costal. On trouve un kyste du volume d'une tête de fœtus, sous-péritonéale. Marsupialisation. Il y eut de la température pendant dix jours.

Les suites furent normales ; la fistule était presque tarie huit jours après.

Mais la rupture est loin d'avoir toujours une expression aussi saisissante. La symptomatologie, le plus souvent, est atténuée ou dissociée et les formes frustes sont de beaucoup les plus fréquentes. Parfois même, les signes ont été si peu nets, ont laissé si peu

de traces dans l'esprit du malade, que cette rupture est restée pour lui inaperçue et que seule, l'apparition de kystes hydatiques secondaires multiples, vient prouver son existence.

OBSERVATION 11

DARAIGNEZ. — Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 7 octobre 1906, p. 469.

B..., jeune femme de 20 ans. Se plaint, depuis deux à trois années, de vagues douleurs, de gêne dans le ventre. Pas d'antécédents avoués de kyste abdominal.

L'abdomen n'est pas volumineux, mais sur toutes ses parties, bosselé, comme bourré dans tous ses recoins de tumeurs dures et résistantes, il est peu douloureux.

La percussion fait découvrir des zones sonores ou mates, sans ordre anatomique aucun, et sans qu'il soit possible de délimiter nettement aucun organe.

Les fonctions digestives s'accomplissent assez bien, mais la malade est gênée tant par une douleur généralisée dans tout l'abdomen que par une sensation de tension et de bloc dans tout son ventre.

Laparotomie en septembre 1905.

Le ventre ouvert, on tombe sur un péritoine adhérent à la paroi, semé d'un nombre considérable de kystes hydatiques à volume variable, faisant corps entre eux et avec les viscères abdominaux, de façon à réduire à zéro la cavité péritonéale. Aucune intervention n'était possible dans ces conditions ; le ventre fut refermé.

La guérison survint rapidement, et, fait curieux, l'état de la malade fut amélioré.

Nous allons donc examiner les symptômes résultant : 1° de la rupture du kyste ; 2° de la réaction péritonéale ; 3° de l'intoxication hydatique.

1° *Rupture du kyste :*

Il ne peut y avoir de symptômes bien nets, que si cette rupture survient brusquement et que si le kyste se vide d'une façon soudaine. S'il ne s'est agi que d'une simple fêlure, le liquide s'écoulant goutte à goutte, il ne s'ensuivra que des signes de réaction péritonéale et la rupture du kyste peut passer inaperçue. Dans la première hypothèse, le malade lui-même peut percevoir la déchirure. Un malade de Potain, ressentit un jour, avec la plus grande netteté, une déchirure interne accompagnée d'écoulement de « quelque chose » dans son ventre. En même temps sa tumeur (il s'agissait d'un kyste du foie) avait disparu.

Une malade de Carnot s'était aperçue de la presence dans l'hypocondre droit, d'une tumeur qui grossissait progressivement ; elle continuait néanmoins ses occupations, quand brusquement, en faisant son ménage, elle ressent un chatouillement dans le dos. Croyant à une plaisanterie, elle se retourne et sent alors une masse se soulever, puis retomber dans son ventre. « Flac », disait-elle, pour traduire l'impression que lui avait causée cet accident. En même temps elle sent sa tumeur diminuer et son ventre augmenter.

C'est en ressentant brusquement une sensation de déchirure interne accompagnée d'une douleur aiguë que la malade de Payrot fit chercher son médecin qui

constata l'affaissement d'une tumeur dont il avait auparavant contrôlé l'existence.

Un malade de Martin, porteur d'un kyste dans la région épigastrique, tournait une manivelle, quand il éprouva brusquement une sensation de déchirure et de craquement. Son kyste venait de se rompre.

Dans tous les cas nets, on retrouve les mêmes symptômes : une sensation de déchirure, d'éclatement, de craquement avec sensation d'écoulement et parfois de bien-être. La malade de Potain éprouvait un « soulagement considérable » de la rupture de son kyste ; mais le plus souvent apparaît une douleur intense et durable (Cullingworth, Payrot, Delbet, Degen), et cette douleur est si vive qu'elle peut aller jusqu'à la syncope.

OBSERVATION 12

PAYROT-CAZIN. — Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 7 mars 1900.

R... L., 23 ans, couturière, atteinte d'un kyste hydatique du foie dont elle souffrait depuis deux ans, ressentit brusquement, le 29 janvier, une sensation de déchirement interne, accompagnée d'une douleur aiguë, et le médecin qui la soignait constata l'affaissement de la tumeur. Le lendemain, éruption d'urticaire, vomissements incessants, douleurs généralisées à tout l'abdomen.

A son entrée à l'Hôpital, le 13 février 1896, elle présente tous les signes d'une péritonite subaiguë avec épanchement. A l'ouverture du ventre par laparotomie médiane,

on trouve au milieu d'adhérences multiples, une poche hydatique rompue dont la cavité remonte jusqu'à la face inférieure du foie. La membrane hydatique est enlevée, et l'on essaie d'isoler la face externe du kyste, une portion seulement de la poche peut être isolée et réséquée et on procède à la marsupialisation de l'autre portion qui n'a pu être séparée des anses intestinales adhérentes. Suites opératoires normales. La malade sort de l'Hôpital le 18 juillet. Elle rentre de nouveau le 1er février 1900.

On sent dans les régions sous-ombilicale et hypogastrique, à la palpation, plusieurs masses plus ou moins profondes. Sur la ligne médiane, l'une d'elles apparaît grosse comme le poing. Au-dessous, se sent une résistance diffuse, enfin, profondément, le petit bassin est manifestement rempli par une tumeur arrondie et rénitente. L'utérus est projeté en avant et en haut. Il est clair qu'il s'agit de kystes hydatiques nouveaux. La malade sent ces tumeurs se développer depuis deux ans.

Opération le 19 février 1900. Incision médiane à la partie supérieure, on aperçoit un kyste gros comme le poing étalé à la surface du grand épiploon lequel adhère fortement à la paroi abdominale et au fond de l'utérus et est infiltré dans toute sa partie libre de kystes formant une saillie hémisphérique et du volume d'une pomme ou d'une noisette.

Le grand kyste énucléé et la partie du grand épiploon portant les autres kystes ayant été détachée, on aperçoit le kyste du bassin, derrière l'utérus, très volumineux, il occupe tout le bassin. Après avoir déchiré sa membrane fibreuse, on enlève une grande vésicule pesant 1.400 grammes et l'on trouve à la face interne de la poche fibreuse restée en place deux autres hydatides, du volume d'un petit pois. Ces deux vésicules étaient contenues dans la même enveloppe que la grande, mais en dehors d'elle.

On fait disparaître la cavité en passant un catgut en tous sens d'une membrane à l'autre.

Suites opératoires simples. Guérison.

Dans les cas frustes, on ne relève dans l'interrogatoire des malades que l'existence de quelques douleurs abdominales de la région kystique, des malaises vagues, des points de côté (Cranwell).

La douleur peut rester localisée ou s'irradier, dans tout l'abdomen (Debove et Soupault, Ferval, Delaunay), à l'épigastre (Degen).

OBSERVATION 13

DELAUNAY. — Thèse de LEMAIRE. Paris, 1910.

S... P., couturière, 31 ans. La maladie commença à l'âge de 14 ans.

A ce moment, elle eut des crises se traduisant par des douleurs abdominales violentes, siégeant dans le bas-ventre et s'irradiant dans tout l'abdomen. Ces crises durant de trois à huit jours, étaient intermittentes et espacées, survenant à l'occasion de contrariétés. Chaque accès était suivi d'un abattement marqué avec une sensation de faiblesse générale.

A cette époque, le ventre n'était pas encore augmenté de volume, mais, détail intéressant, remarqué par la malade, il lui semblait, lorsqu'elle cousait, avoir une bouteille à demi pleine dans le ventre.

Vers l'âge de 20 ans, les phénomènes s'exagèrent, et quand les crises surviennent les douleurs qu'elle éprouve

dans l'abdomen et dans l'estomac sont si vives qu'il lui semble qu'elle va devenir folle.

En 1897, elle consulte M. Delaunay. Le ventre est alors augmenté de volume, mais le diagnostic est indécis. On décide une intervention dans laquelle on enlève utérus et ovaires sur lesquels et derrière lesquels siégeaient de nombreux kystes hydatiques.

Un an après cette intervention, la malade se met à tousser, à cracher et maigrit sensiblement.

Il se forme une tumeur au niveau du sein ; dans un effort de toux, cette tumeur éclate, laissant écouler deux à trois litres d'un liquide visqueux et jaunâtre et simultanément se produit une vomique dans laquelle on retrouve des lambeaux de membranes hydatiques.

Dès ce moment, la femme fut soulagée et cessa de tousser et de cracher.

Actuellement, 1re novembre 1909.

La malade est revenue parce que son ventre est augmenté à nouveau de volume. A l'examen, on constate à gauche, à niveau de la cinquième côte, une cicatrice en dépression, siège de la fistule ancienne par laquelle s'est vidé le kyste hydatique qu'elle eut, il y a sept ans, au poumon gauche.

L'abdomen est volumineux, projeté en avant ; la malade paraît être enceinte de 7 à 8 mois.

A la palpation : Tumeur globuleuse remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dure, rénitente, ne se laissant pas déprimer. Pas de sensation de flot.

La percussion montre de la matité dans toute l'étendue.

Le toucher vaginal donne la sensation d'une masse bombant dans le vagin qu'on mobilise très difficilement.

Opération le 3 novembre 1909.

A l'ouverture du ventre, apparaît un kyste hydatique volumineux remplissant tout le petit bassin.

On le ponctionne avec un trocart. Il s'en échappe 4 à 5 litres d'un liquide blanchâtre.

Après formolage et ouverture, la main mise dans la poche principale permet de sentir des vésicules filles volumineuses. Cette grande cavité vidée et badigeonnée au formol à 1 0/0 reçoit deux gros drains.

On enlève autour une dizaine de kystes hydatiques de plus petit volume.

Le péritoine est également parsemé de nombreux kystes secondaires, variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une noix ; on énuclée les plus gros.

L'uretère gauche adhérant intimement à la grosse tumeur est envahi par les kystes, ce qui lui donne une allure de chapelet ; on l'extirpe ainsi que le rein gauche.

L'iliaque est entouré de trois gros kystes du volume du poing qu'on vide et qu'on formole.

Les drains sont laissés à demeure une dizaine de jours. Injection quotidienne d'une solution de formol à 2 0/0. Suites opératoires normales.

2° *Signes traduisant la réaction péritonéale :*

L'irruption de liquide dans la cavité abdomino-pelvienne, détermine une irritation plus ou moins marquée, s'accompagnant de douleurs. Celles-ci, postérieures à la rupture, traduisant la réaction péritonéale, ne surviennent que dans les jours suivants et s'irradient alors dans tout l'abdomen et le petit bassin.

Le météorisme et l'ascite à développement rapide, parfois passagère, sont presque constants à la suite de la rupture. Ce sont là, évidemment, symptômes banaux, mais qui, coïncidant avec d'autres signes plus

caractéristiques, telle l'urticaire, prennent une grande valeur.

Un malade d'Hutchinson avait présenté, comme tout symptôme, de l'ascite qui avait disparu après une ponction. Or, dix-sept ans après, il fut opéré pour des accidents d'occlusion intestinale, causée par des kystes du mésentère et du petit bassin.

Le liquide de l'ascite peut fournir des indications importantes. Baudet nous a montré quel diagnostic il fallait poser après la constatation d'une ascite bilieuse survenue sans symptôme de cholécystite. Le plus souvent, le liquide est abondant, clair, peu teinté. Il peut se produire d'une façon très rapide et, allant en progressant, nécessiter une ponction. Celle-ci peut être nécessaire le premier jour, mais en général, ce n'est que cinq à six jours après le syndrome douloureux initial que le liquide commence à se collecter dans l'abdomen. Parfois même, sa quantité n'est devenue appréciable qu'un mois après la rupture (Dévé). Bertin et Queyrat ont cité des observations où l'ascite n'a paru que six à sept mois après la déhiscence du kyste.

La quantité de liquide épanché est très variable ; on a pu retirer par la ponction 8, 10, 15, 20, voire même 40 litres.

Il apparaît en même temps de la sensibilité péritonéale ; le ventre est ballonné, ses parois sont rigides, surtout au niveau de la région sous-ombilicale. La palpation est difficile, car douloureuse, et la percussion ne peut donner aucun renseignement. Le tableau péritonéal peut se compliquer d'arrêt des matières et des gaz, de nausées et même de vomissements bilieux.

OBSERVATION 14

MADELUNG. — 1892. In Becker, Beitræge zur Klinische Chirurgie, 1907, p. 40.

K. de H..., 56 ans, fermier.

Il y a six ans, frissons et douleurs violentes dans la région droite du ventre. Le foie était augmenté de volume et projeté en avant. Amélioration au bout de trois semaines. La tumeur avait disparu.

Coup de pied de cheval dans l'abdomen il y a deux ans. Péritonite.

Il y a six mois, frissons, vomissements et douleurs épigastriques. Ces crises revinrent à deux nouvelles reprises.

On sent dans l'abdomen des tumeurs mobiles, fluctuantes, logées dans la région droite du ventre et à gauche de l'ombilic. Balonnement considérable de l'abdomen. A l'opération, on trouve un liquide clair, contenant des vésicules ; on en retire un demi-seau.

Mort cinq jours après par péritonite.

A l'autopsie, il s'écoule du pus et de nombreuses vésicules. Péritonite purulente diffuse. Nombreuses vésicules dans la cavité abdominale. La plus grosse était celle qui fut extraite de l'épiploon. Kyste de la grosseur d'un œuf de poule. Près du diaphragme, kyste de la grosseur du poing. Un autre dans le centre tendineux du diaphragme. Dans le lobe droit du foie, deux kystes. Kystes multiples dans les deux reins.

Mais bientôt, au bout de quelques heures, de quelques jours, ces accidents s'amendent petit à petit et il est possible de faire une exploration physique : la

douleur est à prédominance sus-ombilicale, continue et persistante, s'exacerbe par la palpation. Les vomissements disparaissent, la constipation s'installe souvent, très rebelle, à moins que n'apparaisse une diarrhée profuse, abondante. Citons enfin les phénomènes diaphragmatiques consistant en une parésie plus ou moins marquée du diaphragme, contribuant à produire de la dyspnée et l'immobilisation du côté du thorax atteint. Il existe parfois de la névralgie phrénique.

Tels sont les symptômes observés le plus fréquemment, mais parfois le kyste était suppuré et dans ces conditions, on peut voir survenir une péritonite généralisée, suraiguë, avec tout son cortège symptomatique : douleurs, vomissements, constipation, nez pincé, yeux excavés, trouble respiratoire, hypothermie, pouls rapide et filant, la mort survient le plus souvent rapidement. Ces cas sont rares (Houlez), mais nous devons les signaler, car diagnostiqués à temps, le pronostic peut être tout différent.

A côté des signes péritonéaux, il existe des symptômes généraux de la plus haute valeur, dus à l'irruption du liquide hydatique dans la cavité péritonéale.

3° *Intoxication hydatique :*

L'urticaire est le symptôme le plus net et le plus caractéristique de la rupture des kystes hydatiques, malheureusement il s'observe dans de trop nombreuses conditions que pour avoir toute la valeur qu'il mériterait si l'on pouvait en préciser sûrement l'origine hydatique (Dévé) ; mais l'interrogatoire bien conduit, pourra souvent le différencier d'une urticaire

banale, d'origine digestive, toxique ou médicamenteuse. Elle conserve néanmoins une grande importance et M. Dévé, après avoir discuté les différentes variétés d'urticaire admises avant lui et tout particulièrement l'urticaire survenant en dehors de toute rupture et de toute intervention, pendant l'évolution de kystes hydatiques ; connaissant la spontanéité de la latence possible de la rupture de kystes hydatiques, considère « l'urticaire hydatique comme étant toujours liée à une rupture si minime qu'on veuille bien la supposer », car elle peut être « l'unique symptôme de la rupture latente d'un kyste hydatique lui-même latent ».

L'urticaire apparaît très rapidement, parfois immédiatement, d'autres fois au bout de quelques minutes ou en quelques heures ; elle disparaît ordinairement au bout d'un jour ou deux, souvent après accalmie, elle reparaît de nouveau pour s'évanouir au bout de peu de temps. Est-une décharge nouvelle de liquide hydatique ? une dissémination plus grande de l'infection ? une rupture d'un autre kyste ? L'explication en est difficile à donner.

On peut observer d'autres manifestations cutanées de la rupture du kyste. Il peut se produire du prurit, des érythèmes divers, de l'œdème avec turgescence de la face, de la cyanose, des sueurs profuses.

Dès la déhiscence du kyste, on peut observer un état de shock se traduisant par un ou plusieurs des symptômes suivants se rattachant à deux chefs principaux : 1° l'état syncopal ; 2° le collapsus.

Du premier dépendent la pâleur, les défaillances, la

perte de connaissance, avec parfois évacuation des urines et des matières, l'affaiblissement, voire même la disparition des pulsations artérielles.

Du second relèvent la cyanose, les marbrures de la peau, le refroidissement des extrémités, la sueur visqueuse, la dilatation des pupilles.

On peut constater aussi tout un ensemble de signes pouvant être expliqués autant par la réaction péritonéale que par l'intoxication hydatique. Ce sont les signes gastro-intestinaux : nausées, vomissements bilieux, anorexie, langue saburrale, diarrhée, ténesme, et les signes abdominaux : vomissements porracés, météorisme, facies péritonéal, hoquet, pouls filiforme avec ou sans douleurs hépatiques et sensibilité péritonéale.

On observe aussi fréquemment de la fièvre (40 a 41°), des frissons, de la céphalée. Le patient est agité, se plaint d'une soif intense, a la langue sèche.

Il peut exister en même temps des accidents nerveux, d'intensité et de durée variables, tels que : prostration, abattement, coma, ou agitation, logorrhée, anxiété, facies grimaçant. Parfois apparaissent des phénomènes convulsifs, tétaniformes, avec trismus et contracture des membres.

Signalons aussi des accidents respiratoires : anxiété, oppression, dyspnée vive avec cyanose, toux quinteuse, expectoration spumeuse plus ou moins sanguinolente, congestion pulmonaire.

Tout cet ensemble symptomatique, résultant de l'intoxication hydatique, n'existe jamais au complet, il est toujours dissocié, mais l'on observe, diversement

groupés, plusieurs de ces signes constituant autant de tableaux cliniques allant du plus fruste (parfois aucun symptôme bien net) jusqu'au plus compliqué, et le tout espacé dans un laps de temps variable allant de un à plusieurs jours, jusqu'à huit jours et même davantage.

La conclusion de ces faits est qu'il faut toujours exiger énormément de détails en interrogeant les malades. Ceux-ci, souvent, n'attachent pas grande importance à tel petit fait cependant bien caractéristique qu'un examen approfondi et détaillé leur rappelle à la mémoire. Très fréquemment pourtant les malades rapportent fidèlement les circonstances qui ont accompagné la rupture de leur kyste.

OBSERVATION 15

QUENU. — In thèse de DÉVÉ, Paris, 1901.

Femme âgée actuellement de 45 ans, marchande aux Halles, entrée à l'Hôpital Cochin, salle Lorain, n° 7, le 24 juin 1901. Elle a toujours été d'une santé robuste, et actuellement encore, elle présente un excellent état général.

C'est par hasard qu'elle avait découvert, il y a environ sept ans (elle était âgée de 38 ans), au-dessous des fausses côtes droites, une tumeur ronde dure parfaitement indolore d'ailleurs, et ne la gênant en rien. Lorsqu'elle s'aperçut de sa présence, cette grosseur avait, dit-elle, le volume d'un gros œuf de poule.

Ce ne fut que cinq ans plus tard, au mois d'avril 1899, que la malade entra à l'Hôpital Cochin dans le service de

M. Quenu, pour se faire opérer. L'intervention eut lieu le 13 avril 1899, on attaqua d'abord le kyste hépatique par une incision faite le long du bord externe du muscle droit, et on traita par la marsupialisation. On fit ensuite une large laparotomie médiane (l'incision s'étendait de l'appendice xyphoïde jusque près de la symphyse), qui permit d'enlever, de capitonner ou de ponctionner une quinzaine de kystes. La malade quitta le service le 10 juin 1899. M. Quénu lui recommanda à sa sortie de revenir dans quelques mois, pour qu'on lui enlevât dans une nouvelle opération d'autres kystes qu'on n'avait pu atteindre lors de la première opération ; dès cette époque, on les sentait facilement par la palpation dans la moitié gauche de l'abdomen. Cette femme est revenue seulement il y a quelques jours.

Elle présente actuellement des tumeurs multiples de l'abdomen, saillantes sous la peau ; elles paraissent presque uniquement localisées à la moitié sus-ombilicale de l'abdomen. De volume variable, elles sont arrondies, élastiques, les unes fixes et plus ou moins adhérentes à la paroi abdominale, les autres mobiles et chevauchant souvent les unes sur les autres, à ce que dit la malade. On peut percevoir le frémissement caractéristique au niveau de l'une d'elles (flanc droit). Tout le flanc gauche est occupé par une énorme tumeur peu mobile, les fosses iliaques semblent libres. Le toucher vaginal montre un utérus parfaitement mobile : on ne perçoit pas de tumeurs dans le bassin. Cette femme est au demeurant fort bien portante, ce qui l'engage à revenir à l'Hôpital, c'est surtout la gêne croissante que lui occasionne le développement de son ventre, et aussi des douleurs assez vives qu'elle ressent de temps en temps dans l'abdomen.

Nous avons questionné la malade au point de vue d'une rupture du kyste du foie ; nous lui avons demandé si elle

n'aurait pas présenté, plusieurs années avant l'opération, des accidents aigus du côté du ventre : douleurs, péritonite, etc. La malade nous dit aussitôt, qu'en effet, elle eut une fois, il y a plusieurs années, une douleur atroce dans le ventre : elle a conservé le souvenir précis des circonstances dans lesquelles cet accident s'est produit. C'était environ six mois après qu'elle avait remarqué la présence de sa tumeur dans le flanc droit (il y a par conséquent plus de six ans) ; un soir étant au lit (d'une façon exacte, quelques instants après un rapport conjugal), elle ressentit tout à coup dans le côté droit (et elle indique bien la région hépatique), une douleur violente, atroce : « elle crut en mourir » ; elle en fut, dit-elle, « toute mouillée de sueurs froides » ; sa figure à ce moment était, lui a-t-on dit, « une figure de cadavre ». Bientôt survinrent deux ou trois vomissements bilieux. (Nous avons demandé à la malade si elle n'aurait pas par hasard remarqué à ce moment que sa tumeur avait disparu ; elle répond négativement.) On courut chercher au milieu de la nuit un médecin qui prescrivit une potion à la morphine. Du reste, les vomissements avaient cessé, la douleur était déjà moins forte, et elle s'atténua rapidement, au point que la malade se leva le lendemain matin, comme à l'ordinaire : elle se sentait seulement un peu fatiguée ; elle n'alla pas travailler ce jour-là, mais reprit son travail le surlendemain. Point sur lequel elle est absolument affirmative, elle n'eut jamais d'urticaire ni dans les heures qui suivirent cette violente douleur ni le lendemain ni plus tard ; elle n'en a jamais présenté. Elle ne se rappelle plus si son ventre fut sensible les jours suivants : en tous cas, cela ne l'empêcha pas de travailler ; elle n'eut plus de vomissements ; son ventre ne se ballonna plus. Ce n'est que six à huit mois plus tard que l'abdomen se mit à augmenter de volume.

Nous ne voulons pas insister ici sur le mécanisme de l'intoxication hydatique. Depuis la communication de Debove à la Société Médicale des Hôpitaux, en 1888, et le Mémoire d'Achard, publié dans les *Annales de Médecine pratique,* de nombreux auteurs ont étudié la question et tous sont d'accord pour attacher peu d'importance à la toxicité directe du liquide (Ptomaïne de Mourson et Schagdenhauffen). Toutes les manifestations, si subites et si graves qu'elles soient, trouvent leur explication dans la notion nouvelle de l'anaphylaxie due au Professeur Richet.

Elle explique les faits d'intoxication aiguë se traduisant par les symptômes que nous avons étudiés plus haut et les accidents d'intoxication chronique tels que : sécheresse et pigmentation de la peau, amaigrissement et cachexie des sujets, tous symptômes qui constituent la « phtisie hydatique », de Quénu et Duval. En effet, le porteur de kystes hydatiques est soumis dans l'immense majorité des cas à une intoxication lente et chronique contre laquelle les moyens de défense s'organisent et qui ne se traduit par des signes cliniques qu'à une période avancée de la maladie. Les substances qui dialysent à travers la paroi kystique se répandent dans l'organisme, mais ne semblent pas immuniser le porteur, elles le sensibilisent au contraire, elles l'anaphylactisent, et cette notion permet d'expliquer les accidents d'intoxication aiguë à la suite des ruptures.

La déchirure d'un kyste est donc toujours un accident très sérieux. Nous avons vu les signes qui accom-

pagnaient l'ouverture de la tumeur, nous devons envisager rapidement ses suites.

Si la phrase d'Hippocrate « quand le foie plein d'eau se rompt dans l'épiploon, le ventre se remplit d'eau et le malade succombe » n'est plus défendable, il existe encore malheureusement des cas où la mort survient à la suite de la rupture d'un kyste simple. Telle, par exemple, l'observation de Lassus (Cruveilhier, 1825), homme mort six heures après une chute de cheval. On trouve à l'autopsie trois pintes d'une eau limpide dans l'abdomen, et à la face inférieure du foie un kyste très épais, rompu, renfermant une pinte de même liquide et une douzaine d'hydatides.

La malade de Frérichs (Traité des Maladies du foie), femme de 25 ans, fit une chute du haut d'un escalier et tomba sur son ventre qui était tuméfié depuis longtemps. Mort un quart d'heure après l'accident. A l'autopsie, on trouva deux kystes hydatiques du foie, l'un d'eux affaissé, rempli de sang, présentait une déchirure.

Dans de rares cas, la mort fut déterminée par une hémorragie foudroyante (Frérichs, Gaucher, Legueu).

D'autres fois, les accidents furent très inquiétants « paraissant indiquer une mort prochaine » (Debove). « le malade semblait prêt de mourir » (Dieulafoy), « on croyait la mort imminente » (Mongour).

Le plus souvent, toutefois, les troubles sont d'intensité moyenne et de peu de durée.

Il existe, du reste, plusieurs facteurs qui peuvent

faire varier la gravité des suites d'une rupture des kystes hydatiques, c'est tout d'abord le contenu du kyste, non pas tant que les accidents soient facteurs de la quantité du liquide, mais bien plutôt de sa qualité pour ainsi dire.

Les kystes ont de beaucoup le plus souvent un contenu liquide clair eau de roche et la rupture d'une semblable tumeur peut amener les accidents très graves que nous avons envisagés plus haut. Mais si le liquide a subi des modifications, s'il est suppuré par exemple, il peut survenir une péritonite suraiguë amenant la mort au bout de quelques jours (Houlez), ou un état très grave durant plusieurs semaines, accompagné de symptômes péritonéaux sérieux ou enfin une péritonite enkystée. Ces suppurations ne sont pas d'extrême rareté, et, si l'on parcourt les statistiques d'abcès sous-phréniques, on en trouve plusieurs dus à des ruptures de kystes hydatiques suppurés. Sur 80 cas d'abcès sous-phréniques, Novack en compte 8 d'origine hydatique. Lang en compte 9 sur 63 observations. Martinet en rapporte 9 autres dans une statistique de 130 observations. Korte, au XXXI[e] Congrès de Chirurgie allemande, à Berlin (1902), en signalait 3 nouveaux cas.

Si la suppuration du kyste est dangereuse, il en est est de même de la perforation dans la tumeur de canaux biliaires, puisqu'elle peut amener une perforation du kyste et que, dans ces cas, la bile s'écoule directement dans l'abdomen, causant ainsi un cholépéritoine hydatique primitif.

Les signes de la rupture ne sont point changés, mais l'ascite devient beaucoup plus rapidement abondante, le liquide est jaune clair ou verdâtre et l'analyse chimique ou spectroscopique démontre nettement l'existence de la bile. L'évolution est aussi un peu différente. Cette modification est due à la cholérragie interne, continue, qui se retrouve également quand les canaux biliaires se rompent secondairement, c'est-à-dire après la rupture du kyste .Dans ces cas, cette fistule biliaire est la conséquence de l'évacuation brusque du liquide, car les canaux biliaires emprisonnés dans l'épaisseur de l'adventice due à l'atrophie du parenchyme hépatique sous l'influence de la pression excentrique et progressive de la vésicule hydatique, persistent avec leur lumière perméable. Mais à la suite d'une évacuation plus ou moins brusque du liquide hydatique, les parois s'affaissent et les canaux biliaires se rompent brusquement.

Cette fistule se fait d'autant plus facilement que le plus souvent il existe une compression cholédocienne, d'où pression intra-canaliculaire assez forte. Il se fait donc, à la suite de la déhiscence du kyste, une espèce d'aspiration qui favorise la perforation.

Pour graves que soient ces complications immédiates, elles ne sont pas tout et l'apparition, plusieurs mois ou plusieurs années après la rupture, d'une échinococcose secondaire vient encore assombrir le tableau déjà si chargé des complications de la rupture des kystes hydatiques.

OBSERVATION 16

SCHNEIDER. — In Becker, Beitræge zur Klinische-Chirurgie, 1907, p. 169.

Halmut Z...

Un kyste du foie se rompt dans l'abdomen qui contient plusieurs kystes.

Le malade fut opéré plusieurs fois et pour la dernière, en mars 1903 ; il vit encore en juin 1906, mais la palpation permet de sentir quelques autres kystes.

Nous verrons plus loin que cette formation de kystes hydatiques multiples est souvent précédée d'une période de transition, caractérisée par l'apparition de granulations péritonéales constituant la pseudo-tuberculose échinocoque.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Nous avons vu quelles étaient les causes de la rupture des kystes hydatiques, nous allons étudier les lésions qui en résultent.

Le kyste rupturé, les germes hydatiques se répandent dans l'abdomen, en provoquant une irritation, une inflammation plus ou moins intense suivant la cause de la rupture, le contenu du kyste et les différentes complications qui ont suivi la déhiscence de la tumeur. Le péritoine, comme toujours en pareil cas, réagit. Il se produit une exsudation plus ou moins abondante et d'aspect différent.

On peut se trouver en présence d'un liquide citrin, semblable au liquide d'épanchement ascitique ordinaire, cette sérosité peut parfois être teintée ; elle l'est souvent au début par le sang, mais cette colora-

tion disparaît. L'épanchement peut parfois être mélangé de bile, c'est le cholépéritoine qui n'est pas particulier aux ruptures des kystes hydatiques, mais qui peut se trouver dès qu'il se produit une perforation des voies biliaires. Lorsqu'il s'agit de kystes hydatiques, cet épanchement peut être primitif, car souvent les canaux biliaires communiquaient avec le kyste avant sa rupture, parfois même ils en ont été la cause, ainsi que nous l'avons vu. Mais il peut arriver que la libre communication canaliculaire soit rompue, soit par un entassement de membranes, soit par un engagement de vésicules trop volumineuses, il en est résulté une augmentation de tension dont nous avons vu les résultats. Il peut arriver aussi que les gros canaux biliaires accolés au kyste rompu se soient ouverts secondairement dans cette cavité sous tension, soudain rapidement ouverte. Le liquide bilieux, souvent trouble, laisse une sorte de dépôt boueux sur les viscères.

Cet épanchement citrin, séro-hématique, bilieux, peut persister parfois des années, par contre, il peut se résorber ou évoluer (observations de Picquet et Clayes, Morestin). Deux ans et demi après une laparotomie exploratrice nécessitée par un cholépéritoine d'origine indéterminée, une nouvelle intervention donna issue à un liquide citrin, « sans trace de bile », accompagnant les kystes hydatiques de l'abdomen, fait prouvant bien l'inocuité de la bile vis-à-vis des vésicules hydatiques ou des scolex.

OBSERVATION 17

BATAILLE-DÉVÉ. — Thèse de BAUDET, Paris, 1906.

Jeune fille âgée de 24 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 5 novembre 1904 avec des kystes multiples du foie.

Dans ses antécédents, on relevait un accident important, survenu deux ans auparavant, le 5 décembre 1902, à la suite d'une chute à plat ventre, sur une bouteille, la malade avait été prise d'accidents péritonéaux très graves, s'étant accompagnés d'une éruption de petits boutons, attribuée à l'émotion, le ventre s'était ensuite mis à enfler et était resté volumineux et sensible pendant plus de deux mois, la nature exacte de ces accidents n'avait pu être reconnue à cette époque (on avait parlé seulement d'un commencement de péritonite), mais rétrospectivement, ils permettaient de conclure à la rupture traumatique d'un des kystes hydatiques dans le péritoine. Aussi explora-t-on intentionnellement la cavité abdominale au cours de l'opération pratiquée le 15 novembre, par le Docteur Bataille. A l'ouverture du ventre, on constate un peu d'ascite citrine avec légère périhépatite. L'épiploon, exploré, apparaît parsemé de nodules irréguliers, noueux, du volume d'un grain de millet à une lentille, de couleur blanc-jaunétre, chamois. (L'examen histologique vint confirmer qu'il s'agissait bien de pseudo-tuberculose hydatique). Ouverture de deux kystes hépatiques, dont un bourré de vésicules filles, et envahi par la bile. Marsupialisation et drainage des deux poches. L'état général s'améliore rapidement après l'opération, mais il est manifeste qu'il reste encore deux kystes dans le lobe droit du foie. Ces deux poches furent ouvertes dans une deuxième intervention, le 15 février 1905.

La malade, revue en juin 1906, avait repris son ancien métier de tisseuse, son état général était excellent. Le ventre était souple et libre ; on n'y percevait aucune tumeur à la palpation des hypocondres, de l'hypogastre, ni des fosses iliaques, aucuns troubles vésicaux ni utérins.

Appendice. — La malade a été revue par M. Dévé, le 10 décembre 1911, sept ans après la dernière intervention, neuf ans après la rupture initiale du kyste hépatique. Elle présentait à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche deux tumeurs rénitentes constituées sans nul doute par des kystes hydatiques dont le siège paraît périhépatique et périgastrique et dont la nature est probablement secondaire. L'exploration très attentive de l'abdomen, des fosses iliaques et du bassin (toucher vaginal), ne révèle pas d'autres tumeurs dans le reste de la cavité abdomino-pelvienne. Depuis sa dernière opération, la malade s'était mariée, en juin 1906, et en mai 1907, elle avait accouché sans le moindre incident. Elle entre à l'Hôtel-Dieu au début de février 1912, dans le service de M. Bataille.

Opération, 8 février 1912, Docteur Bataille.

Première incision épigastrique médiane. On arrive sur un kyste du volume du poing, noyé dans des adhérences. Ponction, formolage. Ouverture de la poche, extraction de la membrane mère. Suture simple sans capitonnage avec fixation à la face postérieure de la paroi abdominale. Fermeture sans drainage.

Deuxième incision : parallèle au rebord des fausses côtes gauches. On découvre un kyste péritonéal situé en avant de l'estomac, noyé dans des adhérences lâches ; on en pratique l'extirpation complète. Au cours des tractions, il se produit une légère déchirure du kyste rapidement aveuglée par une pince en cœur : le jet de liquide hydatique s'est fait hors du ventre, peut-être cependant quelques gouttes sont-elles tombées dans la plaie. Fermeture de l'abdomen sans

drainage, après qu'on s'est assuré qu'il ne reste pas d'autres kystes.

Suites opératoires remarquablement simples. La malade sort de l'Hôpital le neuvième jour en excellent état.

OBSERVATION 18

Wéber. — Société russe de Chirurgie de Pirogoff, 4 novembre 1902.

Femme âgée de 43 ans. Cette malade souffre depuis quelques mois du ventre, lequel a augmenté peu à peu de volume.

Brusquement, diarrhée, vomissements, ballonnement : on porte le diagnostic de péritonite.

Laparotomie : Il s'écoule un liquide séro-purulent. Les anses intestinales sont agglutinées par des adhérences qu'on rompt. Evacuation du liquide et fermeture sans drainage. Suites opératoires médiocres, la malade se sent mal jusqu'à ce que deux ou trois points de suture sautent, écoulement abondant de pus. Amélioration rapide.

Deux ans plus tard, la malade est revue, avec une hernie dans toute la hauteur de son ancienne cicatrice. Dans la partie droite de l'abdomen, on sent une tumeur bosselée, mobile, sans relation avec l'utérus qui présente lui-même quelques tumeurs perceptibles à la palpation. De même, petites tumeurs bosselées dans le cul-de-sac de Douglas et à droite de l'utérus. On diagnostique une péritonite tuberculeuse ayant pour origine l'ovaire et la trompe droite, la tumeur abdominale est prise pour l'épiploon infiltré de granulations tuberculeuses.

Opération : kystes multiples de l'abdomen. Ablation de

l'épiploon et des annexes droites contenant des kystes. Ablation d'une tumeur semblable du ligament large droit. Le fond de l'utérus et le cul-de-sac de Douglas sont parsemés de petites tumeurs grosses comme un grain de mil, qu'on laisse parce qu'il est impossible de les extraire.

Suites normales. La malade est laissée à l'Hôpital pour surveiller les tumeurs de l'utérus et du Douglas, ces tumeurs augmentent de volume et nécessitent une nouvelle opération quelques mois après.

Hystérectomie : ablation d'autres kystes. Guérison.

En même temps que cet épanchement, ou en dehors de lui, on peut souvent trouver des adhérences. Discrètes ou étendues, souvent finement vascularisées, elles paraissent être moins le résultat d'une irritation persistante de la séreuse, due à la présence de corps étranger, que le vestige et le témoin d'un processus inflammatoire remontant à la rupture du kyste hydatique (Le Nouène, Dévé).

Notons que, souvent, le péritoine est teinté par la bile, rugueux, très épaissi. Il s'est formé, au contact de la bile, une coque réactionnelle, et toute la masse des vésicules est englobée dans une masse d'adhérences mesurant parfois près d'un centimètre d'épaisseur.

C'est au milieu de cet épanchement que vont évoluer les germes hydatiques issus du kyste rompu. En raison de la pesanteur, ils auront naturellement tendance à se rassembler, quelle que soit leur provenance. Ce sera dans le cul-de-sac de Douglas chez la femme, dans le récessus vésico-rectal chez l'homme. C'est dire,

a priori, que les kystes du petit bassin doivent être des plus fréquents.

D'après de Lavigne, les kystes du petit bassin devraient être placés, comme fréquence, immédiatement après ceux du foie, du poumon et du cerveau. D'après Blanchard, qui a dressé un tableau indiquant la fréquence de localisation des kystes hydatiques au niveau des différents organes, ceux de la cavité pelvienne arriveraient au dixième rang.

OBSERVATION 19

AUVRAY. — Société de Chirurgie, 1909, p. 25.

J'ai opéré l'année dernière à l'Hôtel-Dieu, une malade qui présentait une échinococcose généralisée du péritoine. L'abdomen était rempli, on pourrait dire bondé de kystes de toutes les dimensions, surtout nombreux dans l'épiploon et dans le petit bassin autour de l'utérus ou le frémissement hydatique pouvait être perçu très nettement. Mais à côté des tumeurs ayant nettement l'aspect d'un kyste, il en existait d'autres par milliers ressemblant à un semis de grains de sajou, véritable granulie du péritoine, qui étaient disséminées sur toute la surface de l'intestin et sur le péritoine qu'elles recouvraient entièrement.

En présence de ces lésions généralisées, je ne pus rien faire d'utile pour mon opérée ; il m'était absolument impossible d'enlever la totalité des kystes et surtout ces multiples granulations qui recouvraient le péritoine. Je me contentai de refermer l'abdomen. De l'examen d'un kyste prélevé, il résultait que c'étaient bien des kystes hydatiques.

La malade se cachectisa et finit par succomber au bout de quelques semaines.

Mais entre le kyste rompu et le petit bassin, terme ultime du trajet intra-péritonéal, existe toute une série de barrières sur le passage des scolex. C'est au niveau de ces obstacles que les germes hydatiques peuvent s'arrêter et se fixer, produisant ultérieurement des kystes secondaires. Cette éventualité se réalise fréquemment. Finsen, sur 255 malades, avait trouvé 175 kystes du foie et 54 de la cavité abdominale. Tokarenko, relevant 1150 cas de kystes hydatiques, en trouve 75 p. 100 d'abdominaux. Alexinski, colligeant 159 observations de kystes hydatiques multiples, en note 5 p. 100 d'abdominaux.

D'autre part, Davaine, parlant de la fréquence des kystes hydatiques sur les différents organes du bassin, cite les chiffres suivants : utérus 0,02 p. 100, ovaire 1,1 p. 100, cavité pelvienne 7 p. 100. Benoit, dans 61 cas de kystes hydatiques pelviens, trouva 3 kystes de l'ovaire, 23 de l'utérus, 1 des trompes.

Un des organes abdominaux le plus souvent porteur de kystes hydatiques secondaires, est certainement l'épiploon. Ce fait s'explique facilement. Par sa grande surface, sa mobilité, il est exposé au maximum et si le siège du kyste rompu peut influer sur la localisation des greffes secondaires, toujours l'épiploon est un des organes les plus exposés. Ses plis si souples enveloppent les corps étrangers même volumineux, mais ses plis peuvent se souder secondairement et finalement le kyste peut se trouver au centre de la masse épi-

ploïque et paraître s'être développé entre les deux lames de l'épiploon, tandis qu'en réalité il lui était extérieur.

OBERVATION 20

Brjorovsky. — Chirurgie. Tome 27, p. 61, mai 1910.

Kystes hydatiques à l'épiploon.

Femme de 50 ans, opérée en mai 1908 d'un kyste hydatique du foie. Il en est résulté une éventration à travers laquelle on sent deux ou trois indurations grosses comme une petite pomme de terre. Intervention en décembre 1908, le 12. L'épiploon est adhérent à la matrice et on trouve cinq kystes reliés par un pédicule au bord antérieur du foie. Résection de l'épiploon. Guérison.

Il s'agissait évidemment de greffes hydatiques, le premier kyste ayant été ouvert dans l'abdomen sans précaution.

OBSERVATION 21

Jose Ribera y Sans. — Révista de Médicina y Cirurgia practicas. Madrid, 1905. Obs. 67.

Femme de 42 ans.

Kystes hydatiques multiples du péritoine. On extirpe une centaine de kystes par résection de l'épiploon, dans lequel ils étaient implantés et on marsupialise un kyste intra-hépatique.

Mort par collapsus en quelques heures.

OBSERVATION 22

A. Rings. — Ein Fall von multiplen Echinokokken in der Bauchhohle. Inaug., Diss., Bonn, 1880.

Rings, dans sa thèse, publie un cas d'échinocoques multiples de la cavité abdominale pour lequel on avait fait le diagnostic probable avant l'opération. On ne réussit pas à enlever complètement les tumeurs. La mort survint par embolie cérébrale et l'autopsie montra que, de tous les organes de l'abdomen, l'épiploon seul avait été envahi par les échinocoques.

Suivant le siège du kyste rompu, on observe des localisations variables. Si on compulse soigneusement les comptes rendus d'autopsies, on constate facilement l'existence, au milieu de tractus conjonctifs, de kystes traduisant le trajet des scolex : de la tumeur rompue au petit bassin. C'est ainsi que, dans notre observation, il existait, depuis le pôle inférieur de la rate jusqu'au pelvis, toute une série de kystes entre la racine gauche du mésentère et le flanc gauche.

Ce fait est très naturel. Il est démontré, par l'expérimentation et les constatations cliniques journalières. Le mésentère forme comme une cloison oblique séparant la cavité abdominale en deux régions, l'une supérieure droite, l'autre inférieure gauche. Tous les liquides provenant de la portion supérieure droite iront se collecter dans la fosse iliaque droite et le petit bassin, tandis que ceux provenant de la partie supé-

rieure gauche longeront le flanc gauche et s'épancheront dans la fosse iliaque gauche et le pelvis.

OBSERVATION 23

GARRÉ. — In Becker, Beitræge zur Klinische Chirurgie, 1907, p. 165.

Marie W..., 54 ans. Il y a deux ans, portant un seau d'eau, la malade fit un effort violent. Gonflement de l'abdomen. Six mois plus tard, ponction. Il s'écoule 11 litres d'un liquide très clair. Dans les six mois suivants, on pratique six ponctions.

Le 22 décembre 1898, la malade rentre à l'Hôpital. (Hernie étranglée datant de quatre jours. Résection intestinale.)

A la base inférieure du foie, on trouve un kyste vide, ayant eu la grosseur de la tête d'un enfant. Les parois en sont calcifiées. Dans l'épiploon, le mésocôlon et entre les anses intestinales, on trouve des tumeurs kystiques de la grosseur d'un pois à celle d'une noix. Au bord inférieur du foie, et très adhérent à lui, existe un kyste qui est extirpé. Il renferme de nombreuses vésicules filles. Fièvre. Une ponction est pratiquée pour pleurite.

Le 3 janvier 1899, incision et drainage d'un kyste du foie. On enlève de nombreuses vésicules filles. Guérison lente.

Le 20 mai 1899, la malade sort guérie.

En juillet 1900, on constate l'existence d'un kyste dans la partie inférieure droite de l'abdomen.

Octobre 1900, on sent d'autres kystes dans l'abdomen, mais la malade ne veut plus être opérée. Elle mourut le 31 décembre 1901.

L'épiploon, lui, est le toit qui couvre cette cavité ou le plancher qui la protège. Quand il s'agit, par exemple, d'un kyste de la face supérieure du foie, l'épiploon masque la plus grande partie de la masse intestinale et les germes hydatiques s'écoulent dans le petit bassin sans avoir de contact prolongé avec les anses intestinales. Si le kyste, au contraire, se rompt en dessous de l'épiploon, la paroi abdominale antérieure est indemne de tout contact. Il faut dire, toutefois, que cette protection n'est pas toujours totale. Outre que l'épiploon est d'une superficie essentiellement variable, le liquide épanché, brassé continuellement par les contractions intestinales, peut se répandre hors de la cavité pelvienne lors de la position couchée et venir infecter la cavité abdominale si des adhérences protectrices n'ont pas enkysté l'épanchement.

Quoi qu'il en soit, les kystes intestinaux sont moins fréquents que ceux du pelvis et de l'épiploon, sans toutefois que l'on puisse donner aucune précision à ce sujet. En effet, la localisation précise d'un kyste n'est pas toujours facile à faire. Il existe souvent des adhérences tellement intimes entre la tumeur et les différents organes, que le point d'implantation primitif ne peut toujours être très exactement trouvé. Cette localisation est d'autant plus délicate à effectuer que le siège même des tumeurs a été discuté. On les crut, tout d'abord, extra-péritonéales, développées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; ce fut l'expérimentation qui démontra le mal fondé de cette théorie.

Le germe hydatique arrive au contact du péritoine,

à ce moment, le scolex n'est qu'un corps étranger, qui provoque, par irritation de l'endothélium, un exsudat fibrineux qui est rapidement envahi par les leucocytes. Les cellules endothéliales, avec lesquelles il est en contact ne tardent pas à disparaître, dès lors, le germe échinococcique englobé au milieu de cellules migratrices, fait en quelque sorte partie de la paroi péritonéale. Bientôt un endothélium nouveau se sème à la surface de l'amas de cellules conjonctives jeunes qui l'entourent et le kyste est en apparence passé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. En réalité, il est enkysté à la surface du péritoine, logé dans un tissu conjonctif de nouvelle formation. A ce moment, le scolex se développe suivant le processus décrit par Naunynn, étudié en détail par M. Dévé, et donne un kyste secondaire semblable à celui qui lui a donné naissance. Certains auteurs continuent néanmoins à les considérer comme sous-péritonéaux.

OBSERVATION 24

MARTIN. — Société de Gynécologie de Berlin, 11 janv. 1889.

Fille de 26 ans.

Masses multiples sous-péritonéales abdomino-pelviennes, engagées entre le rectum, le vagin et les feuillets du ligament large. Kystes épiploïques et mésentériques. Organes génitaux absolument sains. Laparotomie. Mort tardive subite.

A l'autopsie, on trouve deux kystes hydatiques du foie.

Quand le kyste a acquis un certain développement, il est recouvert, à sa partie supérieure, par un péritoine lisse et brillant qui se laisse aisément décoller, surtout en arrière et en bas, près du rectum. Parfois le kyste, en augmentant de volume, s'élimine en quelque sorte de sa base d'implantation, il se forme une sorte de pédicule, qui, parfois, peut se rompre et, suivant Hosemann, il pourrait se produire une rupture avec chute dans le petit bassin, par exemple, d'un kyste hydatique qui pourrait se greffer.

Parfois, si le kyste est le siège de phénomènes inflammatoires, on voit se produire un épaississement du péritoine, comme dans certains cas de cholépéritoine.

A la surface du péritoine, on peut trouver des granulations ayant une grande analogie d'aspect avec celles de la tuberculose, si bien qu'à la vue, elles donnent « l'idée d'une péritonite tuberculeuse » (Arce). Ce sont de petits nodules, formés d'un feutrage conjonctif de nouvelle formation, infiltrés d'un grand nombre de cellules rondes contenant parfois, à leur centre, des scolex.

Décrits en 1876, pour la première fois, par Rhode, vus par de Germain et Riemann, ils ont été bien étudiés par M. Dévé, qui a confirmé leur origine hydatique.

Pouvant se rencontrer sur toute la surface de la séreuse, ils ont des localisations de choix ; c'est, comme il fallait s'y attendre, l'épiploon, le petit bassin, le mésentère, les anses intestinales. Leur volume varie, depuis celui d'une tête d'épingle à celui d'un

petit pois. Arrondis, oblongs ou aplatis, translucides ou opaques, gris blanchâtre ou jaunâtres, ils ont une consistance élastique, un peu dure et sont parfois chargés de sels calcaires. Ils peuvent donner naissance à des kystes bien caractérisés.

OBSERVATION 25

KRAUSE. — Berliner Klinische Woch. 2 septembre 1869.

Homme de 36 ans, qui avait subi deux ans auparavant la ponction d'un kyste hydatique du foie. Six mois plus tard, le ventre commençait à grossir et lorsqu'il fut opéré, l'abdomen spécialement dans sa moitié droite était rempli de petites tumeurs en partie fluctuantes dont les dimensions oscillaient entre un œuf de pigeon et une orange. Attenant au bord inférieur du foie, on sentait une tumeur ayant le volume d'une tête d'enfant.

Enfin, le toucher rectal révélait la présence de quelques petits kystes dans la moitié droite du grand bassin. L'opération qui fut très laborieuse montra que toutes ces tumeurs étaient enveloppées d'une capsule de tissu conjonctif. En ne tenant compte que de celles qui étaient grosses comme une noisette, on en enleva quatre-vingt quinze.

La minorité de ces kystes se trouvait accolée au péritoine pariétal, d'autres en plus grand nombre étaient dans le grand épiploon et le mésentère. Enfin, quelques-uns s'inséraient sur l'intestin ou pénétraient même dans sa tunique séreuse. Plusieurs étaient juxtaposés de façon à former à droite de l'ombilic une tumeur ovalaire intime-

ment adhérente à la masse abdominale, à l'épiploon et au mésentère. A gauche de l'ombilic, il y avait encore quinze à vingt kystes minuscules, mais l'opération ayant déjà duré deux heures et demie Krause considérant l'état d'épuisement du malade, décida de s'en tenir là. La rupture de ces adhérences kystiques s'étant accompagnée d'issue du liquide hydatique dans la cavité péritonéale avant de terminer l'opération, Krause attira en dehors toutes les anses intestinales pour les mettre une à une en même temps qu'il lavait toute la cavité péritonéale avec une solution boriquée. Guérison apyrétique.

Si la localisation des kystes se fait suivant certains principes bien définis, leur forme est sujette aussi à certaines lois. Elle dépend de la situation des kystes et de leur nombre.

On comprend qu'un kyste abdominal prenne une forme globuleuse, car il peut se développer facilement, étant libre de s'étendre dans toutes les directions. Il n'en est pas de même des kystes du petit bassin qui, s'ils peuvent augmenter sans gêne au début, sont vite soumis à des compressions qui modifient leur évolution. Dès qu'ils se rapprochent des parois osseuses du bassin, naturellement inextensibles, ils sont obligés de chercher une nouvelle voie, d'où déformation. Les kystes secondaires qui se développent dans l'espace sous-phrénique, sont, eux aussi, soumis à des pressions d'autant plus fortes qu'ils sont plus nombreux, car l'espace laissé libre pour leur développement est des plus restreints. Leur évolution ne peut donc se faire qu'aux dépens des organes sus et sous-jacents qui sont ou déplacés, ou déformés, ou perforés.

Nous allons examiner les modifications principales causées par les kystes hydatiques aux différents organes de l'abdomen et du bassin.

L'utérus est déplacé vers le haut, parfois il est plus ou moins déformé et dévié par la tumeur et finit par contracter des adhérences avec elle. Sous l'influenec de la compression prolongée, sa paroi s'amincit et le kyste peut s'ouvrir dans la cavité utérine.

Le vagin peut subir, lui aussi, d'importantes modifications. Il peut être dévié de la ligne médiane, tiraillé et quelque peu allongé, presque toujours il est déformé.

Les trompes peuvent contenir à leur intérieur des kystes hydatiques secondaires produits par l'implantation de scolex, mais ces cas sont rares et le plus souvent les trompes sont tendues au dessus de kystes du petit bassin auquel ils sont souvent unis par des adhérences intimes.

OBSERVATION 26

VAUTRIN. — Revue Médicale de l'Est, 1899, p. 17.

Il s'agit de deux kystes hydatiques de l'abdomen, à évolution lente (15 ans), qui ont été extirpés chez une même malade, âgée de 50 ans. L'un de ces kystes siégeait dans le méso-côlon transverse ; il a été énucléé avec assez de difficulté. L'autre n'était autre chose que la trompe remplie d'échinocoques. Tout le volume dépassait celui d'un poing d'adulte. Cette trompe constituait une tumeur, légèrement mobile et douloureuse ; elle siégeait à gauche, bien que

faisant partie des annexes droites. A gauche, se trouvait une troisième tumeur, occupant le mésentère et soulevant le péritoine pelvien, au point d'occuper tout le bassin. Ce kyste intra-mésentérique, était d'un volume tel, qu'il ne fallait pas songer à l'extirper. Il fut marsupialisé.

La malade est aujourd'hui guérie.

Tantôt les ovaires restent intacts, tantôt ils sont englobés par des adhérences ou comprimés entre le kyste et la paroi utérine.

A la suite de phénomènes de pelvi-péritonite, les annexes peuvent être fusionnées avec la tumeur kystique, grâce à des adhérences parfois si nombreuses et si étendues qu'elles engainent et fixent en même temps de plus ou moins nombreuses anses intestinales.

OBSERVATION 27

MONOD. — Société de Chirurgie, 1894.

M. Monod présente des kystes hydatiques multiples enlevés par la laparotomie du ventre d'une femme de 42 ans, déjà opérée par lui, il y a quatre mois, d'un kyste hydatique suppuré du foie.

Ces tumeurs, au nombre d'une vingtaine, siégeaient pour la plupart dans le grand épiploon, dans les mailles duquel elles étaient suspendues comme des fruits sur un arbre. D'autres plus volumineuses, occupaient le petit bassin, dont elles n'ont pu être extraites qu'avec peine, à cause des adhérences nombreuses et fermes qui les unissaient, soit au ligament large, soit à l'ovaire et à l'utérus, soit encore à l'intestin.

Une de ces poches a crevé, dans les efforts de décortication. Une deuxième, profondément enfouie dans le cul-de-sac de Douglas, a été laissée en place. Elle sera attaquée plus tard par le vagin, dans lequel elle fait une saillie aisément appréciable au toucher.

Le rectum est aplati, repoussé par la tumeur dans la concavité sacrée. Il se produit une hypertrophie des fibres musculaires de la partie rectale située au-dessus du kyste. Par suite de la pression subie, cette zone doit, en effet, se contracter avec plus d'énergie pour faire franchir aux matières la barrière constituée par le kyste. Cet effort doit être d'autant plus intense et d'autant plus prolongé que les zones comprimées sont le siège d'une inflammation chronique. Il en résulte un amincissement, puis une disparition des fibres musculaires correspondant à cette région. Un degré de plus et les tuniques, affaiblies à leur tour, se perforent et le kyste vient faire saillie dans la lumière du rectum où il peut s'ouvrir.

Les mêmes phénomènes peuvent se produire du côté de la vessie. Celle-ci se trouve comprimée, repoussée vers le haut, et souvent déviée. Mais la vessie ne subit pas seule des modifications et tout l'arbre urinaire souffre de la compression et de la déformation causées par le kyste. La vessie, en effet, n'est qu'un réservoir et ses lésions sont susceptibles de retentir sur le rein par l'intermédiaire des uretères.

Ceux-ci sont souvent englobés par la membrane périkystique, mais toujours ils sont déviés et comprimés contre les parois du bassin. Ils éprouvent de ce fait une dilatation très prononcée en raison de la gêne

au passage de l'urine. Pour ces mêmes motifs, les bassinets et les calices se dilatent et la substance rénale s'atrophie.

OBSERVATION 28

DÉVÉ. — Des récidives hydatiques post-opératoires (Revista de la Sociedad medica argentina, 1906, p. 193).

Journalier, 39 ans, opéré pour la première fois en 1903, 1er avril.

Laparotomie : Adhérences des anses intestinales. Ponction et incision de deux kystes hépatiques. Ablation de la membrane mère, suture et drainage.

Rentré à l'Hôtel-Dieu de Rouen en mai 1905, avec des accidents d'obstruction intestinale (arrêt des matières et des gaz, vomissements, ballonnement du ventre, douleurs abdominales). Au niveau de la cicatrice opératoire (épigastrique médiane), voussure hémisphérique, rénitente, du volume du poing. Deux masses plus petites, superficielles, du volume et de la forme d'un macaron y sont accolées. Deux autres tumeurs au niveau du lobe droit du foie. (Au niveau de l'une, frémissement hydatique très net.)

Incision le long de la cicatrice épigastrique. On enlève deux kystes pariétaux et on tombe sur une poche du volume du poing, saillante sous le foie. (Impossibilité de faire une injection formolée.) (Kyste multivésiculaire.) On découvre alors la présence de cinq à six kystes mêlés dans l'épiploon voisin, du volume d'un abricot à celui d'un maron. Les uns sont vivants, fertiles (scolex), sphériques et tendus, les autres en involution.

Kyste volumineux dans le lobe gauche du foie, ponc-

tionné, injecté au formol, ouvert et drainé. On constate la présence d'un autre kyste dans le lobe droit du foie, qui est traité comme plus haut, grâce à une autre incision le long du bord externe du muscle droit.

Les accidents d'obstruction persistent et le malade meurt le lendemain soir, sans avoir uriné depuis l'intervention.

Le cathétérisme de la vessie avait ramené à peine vingt grammes d'urine : donc anurie.

Autopsie : Outre les trois poches hépatiques évacuées, perforation de la vésicule biliaire, orifice de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, on constate la présence de quatre kystes périhépatiques (péritonéaux secondaires), d'un kyste splénique central (primitif) du volume d'un œuf d'autruche, occupant le pôle inférieur de la rate ; enfin, on découvrit un kyste du bassin (secondaire), occupant toute la cavité pelvienne dans laquelle il était étroitement enclavé ; il avait comprimé le rectum, la vessie et latéralement les deux uretères qui se trouvaient écrasés contre la paroi osseuse du bassin.

Cette dilatation des uretères et du bassinet est presque constante dans les kystes rétro-vésicaux volumineux. Dans un cas de Tyson, les uretères étaient aussi larges que les intestins grêles d'un enfant et les reins semblaient être de larges sacs membraneux. Il en était de même dans un cas de Pize et un de Fenwick. D'autres fois, les uretères se trouvaient comprimés et dilatés et les reins étaient mous, réduits de grosseur, hydronéphrotiques (Tickell, Wood, Ocampo).

Ajoutons que très souvent les phénomènes de dysurie ont nécessité des cathétérismes parfois répétés ; or l'infection est l'aboutissement ordinaire de ces interventions répétées, aussi, fréquemment, trouve-

t-on des lésions de pyélonéphrite ascendante et d'hydronéphrose infectée. Parfois le rein peut être converti en une poche pleine de pus (Cranwell).

Le plancher pelvien résiste assez bien, mais parfois le releveur de l'anus peut être forcé par une tumeur volumineuse qui vient faire saillie sous le périnée. Un kyste péri-vésical peut être perforé à la suite d'un cathétérisme maladroit et le liquide, ainsi mis en liberté, venir sourdre au périnée à la suite d'une infection quelconque.

Les lésions observées à la partie déclive s'observent aussi au niveau du toit de la cavité abdominale, au niveau du diaphragme.

Dans la zone diaphragmatique avoisinant le foie ou la rate, on trouve souvent des kystes hydatiques secondaires. Ceux-ci, péri-hépatiques, ou plutôt juxta-hépatiques, sont logés entre deux organes inégalement résistants, et, s'ils peuvent, au cours de leur évolution, déprimer la surface du foie et s'y créer comme de petites logettes, ils se développent surtout aux dépens du diaphragme. Les fibres de ce voile musculo-membraneux se laissent dissocier, puis disparaissent laissant ainsi aux kystes la latitude de se développer vers la cavité pleurale. Ils sont alors seulement revêtus des deux séreuses pleuro-péritonéales.

Les kystes, de par leur origine, sont le plus souvent nombreux, mais il est assez difficile de fixer un chiffre minimum permettant de dire : ici il s'agit de kystes primitifs multiples, là d'échinococcose secondaire. Nous avons déjà dit qu'en l'absence de commémoratifs nets, la présence dans plusieurs organes de kystes

hydatiques paraissant contemporains, suffit, étant donné la grande fréquence de l'échinococcose secondaire, à faire admettre cette origine.

Le nombre des kystes est, en effet, très variable, mais ils sont, le plus souvent, très nombreux. Ils peuvent n'être que quelques-uns, ou se compter par centaines.

Leur groupement peut être aussi très différent. Ils peuvent être isolés, de ci, de là, dans la cavité abdominale ou dans le petit bassin, ou bien ils peuvent être groupés les uns à côté des autres, en chapelet (Routier), ou bien former une seule masse, c'est la forme polykystique de Quénu. Ils peuvent aussi être superposés les uns au-dessus des autres (Duval).

Le volume des kystes varie. On en observe de la dimension d'un pois, d'autres ayant le volume d'une tête de fœtus. On en a cité d'énormes, pouvant contenir plusieurs litres de liquide. Il existe, bien entendu, toute une série de kystes de volume intermédiaire, variant suivant la durée de la maladie, la vitalité différente des germes, leur facilité de développement, les obstacles qu'ils ont pu rencontrer à leur développement, tous facteurs qu'il est très difficile d'apprécier.

OBSERVATION 29

Paschkis. — Wiener Medizinische Wochen, 1908, p. 1973.

Homme de 55 ans. Ce malade jusque là bien portant, aurait eu quatre ans auparavant, une inflammation du

ventre qui l'obligea à garder le lit pendant quatre jours, avec de la fièvre. On ne peut obtenir d'autres détails. Il se plaint de troubles vésicaux et rectaux. On constate une tumeur kystique rétro-vésicale.

Opération : incision sus-pubienne extra-péritonéale. On arrive sur la tumeur. Ponction : 500 grammes de liquide clair. On ferme l'orifice de ponction avec une pince et on tente de décortiquer le kyste en restant hors du péritoine. Lorsqu'on arrive au sommet de la tumeur, le péritoine est déchiré et l'on découvre aussi bien sur le feuillet pariétal que sur la séreuse intestinale de petites tumeurs tuberculeuses, blanc jaunâtre. En outre, partout on voit d'innombrables petites nodosités miliaires, à peine grosses comme une tête d'épingle. On prélève un morceau de cette lésion en vue d'un examen microscopique (l'auteur ne donne d'ailleurs aucun renseignement sur le résultat de cette biopsie). Guérison opératoire.

De plus, il existe souvent des divergences d'appréciations et tel kyste qui, pour un chirurgien, est gros comme une noisette, est, pour un autre, du volume d'une mandarine (Dévé). Il n'est donc guère possible de se baser sur la taille d'un kyste pour fixer son âge. Cette détermination est d'autant plus délicate que les causes qui ont pu amener la rupture d'un kyste primitif, peuvent déterminer la déhiscence d'un kyste secondaire produisant une nouvelle infection, d'où génération kystique hydatique tertiaire.

Un autre processus, décrit par Dévé, peut venir aussi fausser les appréciations : à la suite de la rupture d'un kyste primitif, développé dans un viscère sous-séreux, la vésicule mère du kyste énucléée de sa

poche, peut retomber intacte dans la séreuse, s'y enkyster secondairement et poursuivre, dès lors, son évolution dans ce nouveau siège.

Enfin, la différence de résistance des individus, le coefficient de vitalité propre à chaque germe ensemencé et pouvant varier pour les différents produits d'un même kyste, peuvent amener des différences très considérables de grosseur et de développement. Il n'est donc guère possible de fixer avec précision le volume que doit ou que peut atteindre une greffe hydatique au bout d'un temps donné. Nous ne pouvons parler ici que de kystes issus de scolex, car pour ceux formés par les vésicules filles, ils sont d'autant plus volumineux que les vésicules greffées étaient plus grosses.

OBSERVATION 30

DELBET (Pierre). — Thèse de BARADUC. Paris, 1898.

Homme de 41 ans, entre le 4 septembre 1897.

Le malade se plaint depuis trois ans de douleurs abdominales sous forme de coliques, de vomissements et de diarrhée. En mars dernier, il éprouva une douleur extrêmement vive dans le flanc gauche et dans les fosses iliaques qui l'obligea à garder le lit pendant une dizaine de jours. Il constata bientôt dans la région hypogastrique, une tumeur du volume du poing. Cette tumeur augmenta lentement et progressivement et le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

On constate dans la région hypogastrique, une tumeur lisse, arrondie, multilolubée, comme formée par l'agglomération de plusieurs petites tumeurs dissemblables ; la plus volumineuse ne paraissant pas dépasser les dimensions du poing. Cette tumeur occupe l'hypogastre et une partie de la fosse iliaque gauche, elle s'élève à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Elle est mobile transversalement et ne paraît pas adhérer à la paroi abdominale.

Les troubles fonctionnels sont presque nuls, le malade se plaint parfois d'une douleur légère qui part des fosses iliaques et irradie vers les cuisses, les envies d'uriner sont fréquentes. Jamais d'hématuries. Selles toujours régulières et normales. Etat général excellent.

Laparotomie le 6 septembre 1897. Incision médiane ; on tombe sur un conglomérat de masses arrondies d'un blanc grisâtre, les plus grosses avaient le volume d'une orange, les plus petites la grosseur d'une tête d'épingle. Ces masses adhéraient étroitement aux anses intestinales.

Incision d'une de ces masses d'où s'échappent un liquide clair et des hydatides. La main introduite dans l'abdomen permet de sentir des kystes dans l'hypocondre, dans la fosse iliaque et jusque dans le petit bassin.

Extirpation d'un kyste du volume d'une orange et d'une grande quantité de kystes plus petits. Mais le plus gros des kystes de la grosseur d'une belle orange, ne put être enlevé à cause de ses adhérences très vasculaires. Il fut donc seulement vidé, nettoyé, débarrassé de la vésicule mère et suturé. Quatre autres kystes ayant chacun la dimension d'une pomme furent traités de même. D'autres kystes plus petits furent simplement ouverts et vidés et rentrés sans sutures.

La plaie abdominale fut suturée sans drainage. Suites normales ; réunion par première intention.

Nous reproduisons ici un tableau dressé par M. Dévé et rapportant le volume de kystes trouvés par différents chirurgiens au cours d'interventions pratiquées un temps bien déterminé après la rupture.

Quelques mois.	Taille :	grosse vésicule	(Tuffier)
4 mois.	—	petite noix	(Potherat)
5 —	—	petite tumeur	(Vegas et Cranwell)
8 —	—	petit kyste	(Courtin)
10 —	—	petite tumeur	(Villar)
12 —	—	noyau de cerise	(Marguet)
12 —	—	semis de petits kystes	(Vegas et Cranwell)
18 —	—	petite boule	(Quénu)
18 —	—	noix	(Vegas et Cranwell)
18 —	—	œuf de poule	(Billroth)
2 ans.	—	noisette	(Hartmann)
—	—	œuf de pigeon	(Quénu)
—	—	abricot	(Dévé)
—	—	noisette et œuf de poule	(Madelung)
—	—	gros œuf de poule (multiloculaire)	(Quénu) (Petit)
—	—	noix, œuf, poing	(Delbet) (Schwartz)
2 ans 1/2	—	orange	(Cranwell)
3 ans.	—	olive	(Bourel)
—	—	orange	(Jonesco)
4 ans.	—	noix	(Heyn)
—	—	œuf et pomme d'api	(Broca)
—	—	mandarine	(Dévé)
7 ans.	—	noisette	(Graff)
—	—	volumineuse poche	(Bramann) (Heyn)
8 ans 1/2	—	petite mandarine, tête d'enfant	(Rottenstein)
9 ans.	—	tête d'enfant	(Graff)
?	—	œuf d'autruche	(Reclus)

M. Dévé conclut en disant : « Il n'est guère possible de fixer, avec précision, le volume que doit ou que peut atteindre une greffe hydatique au bout d'un temps donné. Ce n'est que très schématiquement qu'on

pourrait indiquer, comme taille moyenne, les comparaisons suivantes :

1 an : noisette.

2 ans : noix.

3 ans : œuf de poule.

Il ne s'agit évidemment que de kystes issus de scolex.

En même temps que le volume, le contenu des kystes est variable. S'ils renferment parfois des vésicules filles, des scolex, et du liquide limpide, eau de roche, caractéristique, ils peuvent ne contenir que des scolex et du liquide. Parfois, ils sont stériles, mais ces cas sont rares. Quant à la formation des germes hydatiques, elle se fait rapidement : Alexinsky a vu dans un kyste hydatique secondaire, sept mois après l'inoculation, des scolex de deux centimètres de diamètre, et M. Dévé, put, lui aussi, constater leur existence dans un kyste expérimental gros comme une noix.

La rupture des kystes hydatiques secondaires est donc redoutable, elle aussi, et doit être évitée au cours des interventions.

Quant au kyste primitif rompu, on n'en retrouve parfois pas trace, ou bien il n'existe sur le foie qu'une simple cicatrice. Mais on peut aussi constater l'existence d'une ancienne poche kystique plus ou moins adhérente avec les organes avoisinants, les parois en sont devenues scléreuses, souvent imprégnées de sels calcaires. Ces kystes, quoique perforés, peuvent encore contenir des vésicules, mais flétries et souvent incrustées de sels biliaires. D'autres fois, le kyste, dont

la paroi est calcifiée, ne renferme plus qu'une matière caséeuse, jaunâtre, contenant encore des débris d'hydatides, des crochets ou des vésicules intactes. Parfois, enfin, la rupture se cicatrise et le kyste se reforme (Finsen). Ces différentes hypothèses expliquent pourquoi certains auteurs n'ont pas trouvé, au cours de leurs interventions, la cicatrice du kyste rompu. Cette erreur est d'autant plus excusable que dans plusieurs observations, où la rupture d'un kyste hydatique avait pu être très certainement diagnostiquée, on ne put retrouver de cicatrice hépatique, même sur la table d'autopsie.

OBSERVATION 31

Dévé. — Thèse de Doctorat. Paris, 1901.

Femme de 35 ans, qui, au mois d'août 1900, ressentit de vives douleurs dans l'abdomen ainsi que des malaises vagues qui nécessitèrent trois ou quatre jours de repos.

Vers la fin d'août, elle constata que son ventre augmentait de volume progressivement et rapidement en même temps qu'elle éprouvait des douleurs abdominales vagues et que son état général s'altérait.

Au mois de novembre, un chirurgien diagnostiqua « kyste de l'ovaire probable ».

Le 4 décembre 1900, laparotomie. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'un liquide jaune, sale, trouble, dont la couleur est manifestement due à la présence de la bile et l'on remarque deux ou trois vésicules hydatiques. La pression de l'abdomen fait alors sortir un grand nombre de vésicules hydatiques libres flottant dans le liquide et

dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une cerise ; les plus grosses sont transparentes ; les autres sont teintées par la bile.

La main promenée dans le péritoine ramène des kystes de tous les points de la cavité abdomino-pelvienne (cul-de-sac de Douglas, région rénale droite, région splénique). Le péritoine, de couleur jaunâtre, brune, est épaissi, granuleux et parcheminé.

A la face inférieure du foie, on trouve un orifice béant, laissant passer deux doigts et conduisant dans une vaste poche dont les parois arrivent au contact des côtes et de la colonne vertébrale. Cette poche est littéralement bourrée d'hydatides, grosses comme des noix, colorées par la bile (quelques-unes aussi sont vert foncé) accompagnées d'une quantité de vésicules affaissées et de débris d'hydatides infiltrées de pigments biliaires. Large drainage (drain en T). Evolution complètement apyrétique. On retire le dernier drain le 15 mars.

Fistule biliaire temporaire qui se tarit spontanément vers le début d'avril.

Actuellement (25 avril 1901), la malade est complètement guérie.

OBSERVATION 32

RIEMANN. — Thèse de LE NOUÊNE. Paris, 1913.

Homme de 47 ans, entré dans la clinique le 23 mars 1895. Depuis Noël, il remarque que son ventre augmente. Deux ponctions exploratrices faites en ville dans les dernières semaines ont donné un peu de liquide jaune foncé. A l'examen, on découvre plusieurs voussures dans l'abdomen. Une ponction exploratrice donne un liquide jaune foncé qui se laisse difficilement aspirer ; il ne donne pas de

renseignements caractéristiques, il ne contient aucun crochet. Le 4 avril 1895, laparotomie. A l'ouverture du péritoine, l'épiploon se présente d'abord légèrement adhérent. A sa surface existent de nombreux nodules dont la grosseur varie de la tête d'une épingle à un grain de mil ; de place en place il en est d'un peu plus gros, les uns ronds, d'autres ovales ou étirés en longueur, jaunâtres, assez durs.

L'épiploon est vascularisé, un peu plissé, sans phénomènes inflammatoires. En arrière et à gauche de l'épiploon existe une grosse masse fluctuante, à l'incision de laquelle jaillit une grande quantité de liquide trouble et jaune contenant des vésicules filles et des membranes. Cette poche s'étend en bas et à gauche jusque dans le petit bassin qu'elle remplit. La surface interne est chagrinée et hérissée de vésicules filles, sa surface externe porte des nodules jaunâtres isolés, atteignant la grosseur d'un grain de mil.

Mort le lendemain de l'intervention. A l'autopsie, on constate un kyste du foie rempli d'un liquide verdâtre renfermant des hydatides plus ou moins affaissées, teintées par la bile, qui communique avec la cavité abdominale. A la surface et à l'intérieur de l'épiploon, qui recouvre les replis intestinaux, on découvre des nodules disséminés, rappelant les scolex ; il en existe de même sur le péritoine hépatique et sur la séreuse intestinale. Examen histologique : pseudo-tuberculose de corps étrangers.

OBSERVATION 33

RIEMANN. — Beitræge f. Klin.-Chir. T. 24. Obs. 3.

Femme de 46 ans, amenée à l'Hôpital pour une hernie ombilicale étranglée. Intervention d'urgence. Résection d'une anse sphacélée.

On remarque au cours de l'opération que l'intestin est couvert de fins nodules blanchâtres. Il y a dans l'abdomen plusieurs litres d'un liquide blanchâtre. Le foie présente à sa face inférieure une tumeur kystique sphérique, grosse comme une tête d'enfant, avec une paroi parcheminée blanchâtre. Le kyste est flasque comme une balle de caoutchouc crevée. Dans l'épiploon ratatiné, sur le méso-côlon, entre les anses intestinales et fixés à elles par des adhérences, se trouvent de petits kystes. Un kyste de la grosseur d'une pomme adhérent au bord inférieur du foie contient une douzaine de vésicules filles. Les résultats de l'opération devaient faire penser à la dissémination par rupture d'un kyste primitif du foie. L'interrogatoire permit d'apprendre que la patiente s'était, deux ans auparavant, donné un effort en portant un seau d'eau et qu'elle avait senti une déchirure dans la poitrine. Depuis, elle ne se sentait pas tout à fait bien. Son abdomen et ses pieds enflèrent. Le médecin appelé dit à la malade qu'elle s'était contusionné le foie. En août 1897, ponction de l'abdomen répétée six fois jusqu'au printemps 1898.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

Les kystes hydatiques secondaires résultant de la dissémination des germes échinococciques ne sont que l'aboutissement ultime de l'évolution des scolex. Nous avons vu les signes de la rupture, avant d'aborder l'étude des symptômes de l'échinococcose secondaire bien caractérisée, nous devons rappeler brièvement à quels signes nous reconnaîtrons ou le cholépéritoine hydatique ou la pseudo-tuberculose échinococcique qui ne sont le plus souvent que des termes de passage, des stades de transition, des étapes des greffes hydatiques.

1° *Cholépéritoine hydatique.*

Nous connaissons déjà son étiologie et sa phase initiale ; arrivé à sa période d'état, il se traduit par les symptômes de l'ascite la plus banale en apparence.

Le liquide, habituellement abondant, occupe généralement la cavité abdominale tout entière et distend

plus ou moins ses parois. Il donne les sensations de flot et de grande mobilité. Refoulant le diaphragme, il détermine une gêne respiratoire qui rend la ponction nécessaire au bout d'un laps de temps plus ou moins éloigné. Presque toujours le ventre est volumineux, étalé vers les flancs ou soulevé en pointe (Gratia). La matité est tantôt limitée aux parties déclives, tantôt à peu près généralisée et ne respectant que l'épigastre ou le flanc gauche. Le liquide est presque toujours libre, rarement enkysté (Bertin, Queyrat). Les malades se plaignent de douleurs spontanées, dues plutôt au volume excessif de l'épanchement, qu'à une réaction péritonéale vive. La pression, elle aussi, peut être douloureuse, mais elle l'est surtout au début, et, sauf dans les cas où il existe de l'infection, devient rapidement indolente.

Les troubles digestifs sont assez peu manifestes. L'appétit est à peu près complètement conservé, quoique parfois diminué (Vergo, Carnot). La digestion peut être accompagnée d'une douleur sourde (Bertin et Vergo), ou de nausées (Kablukoff), ou de vomissements (Robinson). Si le plus souvent les selles sont régulières, on note parfois de la diarrhée (Vergo).

Mais dans la plupart des cas, il n'existe aucun symptôme bien caractéristique, l'état général lui-même est souvent peu touché. On a bien signalé de l'amaigrissement, de la pâleur, mais ces troubles sont le plus souvent peu marqués et la plupart des auteurs (Robinson, Péricic) insistent sur le bon état général de leurs malades.

Il n'existe ni fièvre, ni ictère, malgré le contact

intime de la bile et du péritoine, dont on connaît le pouvoir absorbant si considérable. Si l'ictère apparaît, il résulte alors des complications : oblitération du cholédoque (Charcot, Dévé), ou angiocholite.

En résumé donc « les signes physiques de l'ascite vulgaire, des troubles fonctionnels insignifiants ou nuls, une apyrexie complète, une altération peu marquée de l'état général, ensemble qui constitue plutôt une symptomatologie négative » (Dévé).

OBSERVATION 34

MORESTIN. — Société de Chirurgie de Paris, 16 mars 1910, p. 365.

En 1903, Eugénie L..., âgée de 27 ans, entre à l'Hôpital Saint-Louis. Le ventre était très volumineux, uniformément distendu par un épanchement péritonéal, présentant tous les caractères d'une abondante ascite. L'état général était médiocre, la malade avait maigri depuis quelques mois, se plaignait de diarrhées fréquentes, de crises douloureuses qui semblaient en rapport avec le mauvais état de son intestin. L'exploration restait négative à l'égard du foie, de la rate, des annexes.

Je pensai qu'il s'agissait d'un épanchement lié à une péritonite tuberculeuse. Intervention le 14 septembre 1903. Il s'écoula plusieurs litres de bile, ou en tout cas d'un liquide extrêmement chargé de sels biliaires. Toutes les anses intestinales, tout ce que je pus voir du péritoine pariétal, étaient incrustés de petits dépôts de sels biliaires, comparables aux parois d'un bassin où aurait séjourné longtemps de l'eau chargée de boue.

Je songeai à la possibilité de la rupture d'un kyste en rapport avec des canaux biliaires importants ; mais nulle part je n'aperçus d'hydatides, le foie lui-même n'était pas volumineux.

Fermeture du ventre. Le huitième jour et pendant quelques heures, accès de fièvre avec vive douleur dans l'hypocondre droit. La malade sort de l'Hôpital le vingtième jour et reprend ses occupations.

A l'origine des accidents, il y avait eu un début brusque (douleurs vives dans l'abdomen, nausées et vomissements), en rapport sans doute avec la déhiscence d'un kyste hépatique ou d'une portion altérée des voies biliaires.

Deux ans après, la malade revient à Saint-Louis. Elle présentait alors des tumeurs multiples de l'abdomen dont Beurnier tenta l'extirpation. Il fit une laparotomie fort étendue, trouva le ventre farci d'hydatides, mais pas de trace de bile. Il suprima tout ce qu'il put de kystes hydatiques, mais dut se borner à une opération fort incomplète. Il s'ensuivit une amélioration, mais l'abdomen recommença à grossir et la pauvre femme découragée renonça pendant longtemps à suivre aucun traitement.

La situation étant devenue intolérable, elle est revenue me trouver. Le ventre est très gros, déformé par une vingtaine de grosses bosselures. La malade, très amaigrie, a beaucoup de peine pour s'alimenter, la respiration est gênée.

On perçoit dans toute l'étendue de l'abdomen, des bosselures, des tumeurs arrondies plus ou moins mobiles. Des kystes plus volumineux s'étagent des fausses côtes à la fosse iliaque. Le diaphragme est repoussé très haut ; matité à droite jusqu'à la pointe de l'omoplate. Le 27 janvier, longue incision médiane. Ablation de la membrane germinative et réduction après ponction d'un kyste très adhérent sous le rebord des fausses côtes à gauche, d'un

second kyste lombaire à gauche et d'un autre à droite. Marsupialisation d'un kyste très volumineux, sous-xyphoïdien, rempli d'un liquide louche contenant force hydatides. Ablation de six kystes logés dans le grand épiploon et d'un groupe de kystes dans la fosse iliaque gauche, puis çà et là des kystes appendus à l'intestin grêle et incorporés à sa paroi.

J'avais supprimé les tumeurs principales, j'en laissai encore une immense quantité, le péritoine étant criblé de kystes du volume d'un grain de plomb. L'intestin en particulier était couvert d'un semis de ces petits kystes.

Je lavai à l'éther les surfaces péritonéales avoisinant les kystes traités, et laissai même un peu d'éther dans les cavités évacuées, plaçai un drain sous le foie où se produisaient les suintements sanguins et refermai la plaie.

L'opération avait été longue et laborieuse ; l'état général de la malade fut très précaire pendant 24 heures ; mais elle se remonta vite. Le kyste marsupialisé laissa s'écouler un flot de bile pendant quelques jours puis disparut.

La malade se sent forte et veut reprendre son travail.

2° *Pseudo-tuberculose hydatique.*

Les petits nodules greffés à la surface du péritoine et qui sont un stade de régression ou d'évolution, suivant les cas, ont peu de retentissement sur les organes sous-jacents, d'autre part le processus réactionnel restant bien circonscrit, il n'y a pas d'irritation péritonéale, d'où pas d'ascite, du moins quand celle du début a disparu. Cet épanchement est très transitoire le plus souvent et ne laisse que quelques adhérences sans grande importance.

Cette forme n'a pas d'expression clinique ; elle ne donne lieu à aucune symptomatologie subjective, pas

plus qu'elle ne se trahit à l'exploration objective (de Quervain), aussi chez les malades qui furent opérés de pseudo-tuberculose échinococcique, les chirurgiens avaient porté des diagnostics erronés, trompés qu'ils étaient par des signes surajoutés et dus à des complications (cholépéritoine, kystes multiples...).

3° *Echinococcose secondaire.*

Si la pseudo-tuberculose reste silencieuse et latente, c'est qu'elle n'est souvent que l'acheminement vers cette affection dont pouvait dire M. Dévé « qu'il n'est peut-être pas dans la nosologie chirurgicale une maladie dont la symptomatologie soit moins nette ». En effet, les nouveaux kystes se développent lentement, insidieusement, froidement, sans déterminer, pendant de nombreux mois, voire même de nombreuses années, ni altération de l'état général, ni phénomènes de compression. Aussi leur découverte est-elle presque toujours un simple effet du hasard, et c'est le malade qui se découvre le plus souvent une ou plusieurs bosselures indolentes, rondes, lisses, roulant dans l'abdomen, le plus souvent d'une excessive mobilité. C'est un fait regrettable, car même alors le patient n'y attache pas toujours beaucoup d'importance et ne vient consulter un médecin qu'après avoir vu les kystes augmenter de nombre et de volume, l'état général décliner de plus en plus et apparaître des complications.

L'état général ne subit, le plus souvent, que de faibles modifications. On a pu noter, suivant les cas, un amaigrissement médiocre (Morestin), ou très notable

(Mauclaire), parfois le visage est pâle, allongé, annonçant la souffrance ou la cachexie avancée (Knowsley-Thornston), mais c'est que déjà les complications sont apparues (douleurs, troubles digestifs, diarrhée, dysurie), et c'est leur influence qui se fait sentir. Il est, du reste, à noter que dans la plus grande majorité des cas, les malades ne se soumettent à l'examen du médecin que lors de l'apparition des complications. Ils viennent pour des troubles urinaires, rectaux, ou troublés par l'augmentation de volume de leur abdomen, aussi devons-nous insister sur l'étude des symptômes locaux qui nous permettront de faire le diagnostic.

Nous avons vu que les kystes hydatiques multiples avaient trois sièges de prédilection : le bassin, la région abdominale moyenne (zone épiploïque), la région sous-diaphragmatique. Nous allons faire leur étude tout à tour.

1° Kystes de la région sous-diaphragmatique :

La principale caractéristique de ces kystes est d'avoir surtout des manifestations pleurales. Cachés le plus souvent très profondément sous les fausses côtes, gênés dans leur développement par la résistance hépatique, ils repoussent vers le haut le diaphragme qui leur offre une bien moins grande résistance, et l'irritation pleurale qui en résulte domine toute la symptomatologie.

On peut lui rapporter la douleur de l'épaule droite, souvent constatée qui, si elle peut apparaître à la suite d'une simple irritation locale, peut aussi traduire la réaction pleurale plus ou moins généralisée.

Elle peut se manifester, soit sous forme de pleurite sèche, soit sous forme de pleurésie à faible épanchement.

Il existe parfois une sensation de tension, de tiraillement, et même une douleur sourde au niveau de l'hypocondre droit et de l'épigastre.

Dès que les kystes acquièrent un certain volume, la moitié droite du diaphragme, la base du poumon droit sont refoulées et alors les kystes entrant en contact avec la cage thoracique vont la déformer. Cette déformation ira toujours en augmentant ; elle est surtout visible, au début, si l'on a soin d'examiner le sujet à distance. Le rebord costal est refoulé en dehors et le thorax est évasé dans sa portion inférieure. En recherchant les limites du cœur, on peut observer un déplacement, assez notable parfois (Geissel).

Lorsqu'on est amené à percuter la région, on constate l'existence d'une matité dont la courbe est variable suivant le volume des kystes et leur plus ou moins grande confluence. La forme de la matité est celle d'une ligne courbe à convexité supérieure, dont le sommet correspond le plus souvent à la ligne postéro-axillaire.

On est amené à cet examen par les troubles dyspnéiques (Ferval) dont se plaint souvent le malade, qui souffre en outre d'étouffements (Garré, Schwartz), dus à la diminution de la capacité thoracique. Le malade se plaint souvent aussi de palpitations (Ferval).

OBSERVATION 35

PAUCHET. — Bulletin de la Société anatomique de Berlin. Novembre 1893.

Fermier de 20 ans qui présente il y a six ans des tiraillements dans l'hypocondre droit, douleur dans l'épaule droite, toux sèche et quinteuse.

Deux ans plus tard, apparition d'une tumeur au-dessous des fausses côtes droites : ponction aspiratrice par un médecin qui retira un demi-litre de liquide clair comme de l'eau. Kyste hydatique reconnu.

Au bout de quelques mois, le ventre se mit à grossir progressivement pour acquérir en quatre ans un volume considérable.

On ne constate à ce moment aucun trouble fonctionnel, si ce n'est un peu de gêne respiratoire, aucune altération des fonctions digestives.

L'examen physique présente à noter trois ordres de phénomènes :

1° C'est d'abord le volume et l'aspect de l'abdomen. On ne constate pas ici la forme que présentent en général les grosses tumeurs abdominales pas plus que l'aspect de l'ascite. Le ventre de ce malade est ovoïde dans son ensemble, se continuant sans démarcation avec la base du thorax, les côtes étant faiblement rejetées en dehors. Les mouvements de latéralité, la station debout n'apportent pas de changement à cet aspect.

La percussion dénote une matité absolue sur toute la surface de l'abdomen et celle du thorax jusqu'au premier espace intercostal à droite, jusqu'au deuxième espace à gauche. En arrière, cette matité s'arrête des deux côtés au cinquième espace environ ;

2° Frémissement hydatique des plus caractéristiques, c'est la sensation d'un véritable sommier élastique que la percussion donne au doigt, il est perçu dans les trois quarts supérieurs de la surface abdominale ;

3° On constate que cette masse énorme est formée par un grand nombre de kystes séparés. La vue fait reconnaître un aspect bosselé ; le palper, l'existence de tumeurs fluctuantes en plus d'un point, séparées les unes des autres par des sillons.

La percussion, à l'une des extrémités de la masse, ne fait pas percevoir de fluctuation à l'autre extrémité.

La ponction exploratrice montre que ces vésicules se vident isolément.

Incision le long du bord externe du grand droit, dans toute la hauteur de ce muscle.

Kystes multiples adhérents et nourris par de nombreux vaisseaux, on les extrait en liant leur pédicule ; on retire le contenu de trois ou quatre cuvettes. Incision et évacuation de deux kystes du volume d'une tête d'enfant, situés au-dessous de la face inférieure du foie.

L'état général du malade qui décline rapidement sous l'influence du choc opératoire empêche de poursuivre l'opération. Mort.

Autopsie : 1° Cavité thoracique. Le diaphragme est refoulé jusqu'au premier espace intercostal à droite, jusqu'au troisième à gauche. Un kyste hydatique du volume du poing occupe le lobe inférieur du poumon gauche. Les deux poumons diminuent de volume et sont refoulés au sommet du thorax ;

2° Dans le foie, quatre gros kystes, deux ont été incisés pendant l'opération, ils étaient comme tous les autres, remplis de liquide et de vésicules, l'un des deux renfermait en outre de la bile. Les deux autres occupaient : l'un la face convexe, l'autre la partie inférieure du lobe gauche

de l'organe. Trois kystes donnent à la rate un volume énorme. Dans le péritoine sont disséminés tous les autres kystes : grand épiploon, ligament gastro-hépatique, ligament gastro-splénique... Leur volume oscille entre celui d'une noix et celui d'une orange.

On a cité maintes fois l'existence d'une toux sèche et pénible accompagnée dans des cas, rares il est vrai, de troubles cardiaques.

Citons enfin les complications peu fréquentes résultant de la compression des voies biliaires, de la veine cave (ascite, œdème des membres inférieurs). Les troubles circulatoires sont très rares, car en raison de la lenteur du développement, les suppléances apparaissent et la circulation collatérale peut s'installer.

Ce sont là symptômes de kystes sous-phréniques. Ceux dont le développement est surtout postérieur, plus rares, refoulent la paroi postérieure et donnent la sensation de tumeurs rénales. Les kystes à développement antérieur, ont plutôt la symptomatologie des kystes de l'étage moyen.

L'examen radiologique peut être d'une grande utilité. Il peut nous renseigner sur l'opacité, le siège, les rapports, la mobilité et la forme des ombres portées. Dans le cas de kystes multiples, on constate l'existence de nombreuses bosselures à bords bien nets. Elles coupent la ligne diaphragmatique et forment un ensemble de dômes sombres, à circonférence régulière, qui tranchent très nettement sur la zone pulmonaire claire. Cette opacité ne varie pas, et sa forme demeure immuable malgré les changements de position du sujet. Elle se mobilise avec le diaphragme et

varie suivant les mouvements d'inspiration et d'expiration. Si les kystes sont très nombreux, on observe plutôt des irrégularités de la surface diaphragmatique.

Cet examen, très facile pour la face supérieure du foie, est plus délicat s'il s'agit de délimiter des kystes antéro-inférieurs. Dans ces cas, l'insufflation de l'estomac et du côlon peut rendre de grands services, en permettant aux kystes sombres, d'apparaître et de ressortir plus nettement sur la zone claire stomacale ou côlique. Mais cet examen, pour donner des indications utiles, nécessite un appareillage puissant et perfectionné, une pose courte avec des appareils intensifs permettant de débiter dans l'ampoule un minimum de huit à quinze milli-ampères avec un rayonnement de qualité de sept à huit au radio-chromomètre de Benoist. La manœuvre du localisateur favorisera beaucoup l'examen.

Celui de la face inférieure du foie demande aussi certaines précautions : il est nécessaire, pour obtenir une exploration facile, que le malade soit purgé la veille, et reste à jeun. En plus de la dilatation d'estomac pratiquée soit par insufflation d'air, soit par l'ingestion d'une potion de Rivière, le côlon sera dilaté par insufflation lente. Quant au malade, il sera couché dans le décubitus dorsal, l'ampoule sous la table et l'écran sur l'abdomen.

La radiographie pourra fixer les résultats obtenus et sera faite en position frontale ; elle pourra donner

des renseignements utiles, mais cependant toujours inférieurs à ceux fournis par la radioscopie.

Il ne faut toutefois pas trop demander à cet examen physique qui fixera plutôt sur des détails complémentaires tels que le nombre et le volume des kystes.

Ni la radiographie, ni la radioscopie, ne peuvent donner de renseignements bien nets sur les kystes de l'abdomen ou du bassin.

Les kystes de la région abdominale moyenne frappent plutôt par leur volume.

OBSERVATION 36

MAUCLAIRE. — In thèse FERVAL, 1898.

J. M..., 57 ans, ménagère.

Il y a douze ou treize ans, la malade a remarqué l'existence de petites grosseurs au niveau de la région hépatique.

Trois ans après « vomissements de vésicules pleines d'eau claire comme l'eau de roche », durant un mois, puis la tumeur qui s'était affaissée reprit son volume et continua même d'augmenter.

Ventre volumineux, irrégulièrement bosselé, circulation veineuse, sous-cutanée, exagérée. A droite, le ventre est plus saillant. A la palpation, on sent une tumeur volumineuse occupant tout le ventre, plus considérable à droite, de forme bosselée, multilobulaire, de consistance irrégulière, nettement fluctuante en certains points, élastique en d'autres.

A la percussion, matité partout, sauf en haut (intestins refoulés). Du côté droit du ventre, sur une des bosselures, la percussion rapide permet de constater un frémissement hydatique des plus nets.

La tumeur abdominale, prise entre les deux mains, est mobile et peut être refoulée alternativement à droite et à gauche.

Au toucher vaginal, masse fluctuante dans le cul-de-sac postérieur. Malade très amaigrie, a perdu l'appétit. Pas de dégoût pour les matières grasses, pas d'urticaire à répétition.

La malade réclame une intervention.

Laparotomie médiane. Toute la cavité est remplie de poches kystiques, développées dans le grand épiploon, le mésentère, le méso-côlon. Quelques-unes des poches les plus superficielles sont enlevées par dissection. Plaie du côlon transverse (suturée en deux places). L'énucléation totale de la masse, qui adhère à l'intestin, s'infiltre dans le mésentère, remonte sous le foie, est impossible.

Le septième jour, débâcle intestinale de vésicules hydatiques, flétries, ratatinées, qui se reproduit le lendemain.

Petite fistule stercorale qui guérit spontanément.

Sortie quinze jours après l'opération.

M. Mauclaire avait proposé l'opération complémentaire : Ouverture de la poche kystique principale, par le cul-de-sac vaginal et marsupialisation dans le vagin et à la paroi abdominale. La malade veut attendre.

C'est par hasard que le malade, dont l'état général est resté bon, se découvre un jour dans l'abdomen une ou plusieurs bosselures indolentes, rondes, lisses. Souvent même cette sensation de bosselure n'est pas suffisante et le malade ne vient consulter que le ventre « bourré » de tumeurs, dont les plus superficielles peuvent venir faire saillie sous la peau. On sent alors des masses plus ou moins régulières, plus ou moins volumineuses, d'une consistance caractéristique. Elles

donnent la sensation d'une dureté remarquable, unie à une résistance et à une élasticité spéciale. On observe rarement de la fluctuation, mais, on peut constater fréquemment et avec la plus grande netteté, le frémissement hydatique.

OBSERVATION 37

MONEGER. — Thèse de Lyon. Juillet 1890.

Laurence M..., 43 ans.

S'aperçut, il y a huit ans, de la présence, dans la fosse iliaque gauche, d'une tumeur du volume d'une noix, très mobile et douloureuse. Un médecin consulté, posa le diagnostic de « kyste », et conseilla une opération. Elle ne suivit point ce conseil et bientôt elle sentit plusieurs tumeurs analogues à la pression, mais disséminées dans tout l'abdomen ; leur volume était très variable, mais il y en avait deux beaucoup plus grosses que les autres. Elle se traita alors par l'iodure de potassium à haute dose, mais elle souffrait toujours beaucoup ; les douleurs partaient du flanc droit et s'irradiaient dans tout l'abdomen et du côté des reins. Ces douleurs se calmèrent un peu au cours de l'hiver dernier, la malade ayant eu son attention attirée du côté du poumon, par des symptômes de tuberculose qui l'obligèrent à faire un séjour à l'Hôpital de Belley. Mais ces derniers temps, les douleurs étant revenues plus intenses que jamais, elle se décidait à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Le ventre a un aspect bosselé ; la paroi abdominale est très mobile sur les parties profondes. A la percussion, on reconnaît que la matité hépatique remonte jusqu'au mamelon et descend assez bas, occupant verticalement à peu

pres onze travers de doigt. Au-dessous, se trouve une zone de sonorité, mais si l'on continue de descendre, la matité recommence et s'étend à la plus grande partie du flanc droit et à toute la portion de l'abdomen, située au-dessous de l'ombilic. A la palpation, on sent des masses dures, ventuses, irrégulières, mobiles à des degrés différents, mais conservant entre elles une certaine dépendance. La **pression est douloureuse ; pas de fluctuation.**

Au niveau de l'ombilic, on sent le frémissement hydatique et la malade dit entendre elle-même, à la suite de **certains mouvements, le bruit que font des bulles en éclatant.**

Le toucher vaginal révèle les particularités suivantes : le col est situé profondément en bas et en arrière ; l'utérus est fixé en antéflexion ; les tumeurs bombent dans les culs-de-sac, les mouvements qu'on leur imprime à travers la paroi abdominale ne se communiquent pas à l'utérus. La malade a toujours eu des pertes blanches, mais depuis deux mois, elles sont purulentes, verdâtres et fétides.

Elle urine difficilement et peu : la miction est parfois douloureuse. Depuis le commencement de son affection, la malade se plaint de vomissements bilieux ou pituiteux, mais jamais alimentaires, survenant surtout le matin. Elle éprouve, en outre, sous l'influence du moindre effort, de violentes douleurs dans l'abdomen. Constipation habituelle.

Au mois de novembre 1889, la malade a rejeté, à plusieurs reprises, par l'anus, des membranes claires et des vésicules : celles-ci avaient le volume d'un petit œuf et contenaient un liquide analogue à du blanc d'œuf. Une **fois, elle a rejeté du liquide séro-sanguinolent.**

Enfin, si on la fait mettre sur le ventre, on trouve, au niveau de la masse sacro-lombaire droite, au-dessous des

fausses-côtes et près de la colonne vertébrale, une collection fluctuante simulant un abcès par congestion.

Amaigrissement considérable, pâleur très marquée, traits légèrement tirés, respiration difficile, essoufflement rapide, œdème péri-malléolaire intermittent.

Le 4 août, laparotomie. On tombe sur un épiploon farci de kystes hydatiques. De nombreuses ligatures sont appliquées au-dessus des tumeurs, après quoi, des grappes de vésicules mères entourées d'une membrane résistante sont enlevées. Elles tiennent à des grosses masses kystiques du petit bassin qui, elles-mêmes, adhèrent à la vessie en avant. Celle-ci se présentait à la partie inférieure de l'incision et n'avait pu être séparée du péritoine. La sonde urétrale ne pénétrait que peu et n'entrait pas dans le diverticule vésical principal qui était fortement attiré en haut et en avant par les vésicules.

Une vésicule entoure le sommet de la vessie et tient à celles qui tapissent tout le petit bassin et qu'il est impossible d'enlever totalement. M. Jaboulay perfore la première et lorsque sa main est dedans, il crée des trous qui mènent dans les vésicules postérieures. Une autre se trouve tout à fait contre le rectum ; il la crève, et du pus vient. Il est probable que c'était celle qui s'était vidée autrefois par l'intestin. D'autres masses restent en haut du côté du foie.

Suture étagée de la partie supérieure de l'incision, qui est allée jusqu'à l'ombilic, et suture à la paroi, au-dessus du pubis, de l'orifice de la poche pelvienne ouverte. Drainage avec la gaze.

Une blessure faite à la vessie en excisant la partie inférieure de la grappe qui se tenait à la masse pelvienne est suturée.

Sonde à demeure dans la vessie.

9 août : Incision du kyste de la masse sacro-lombaire droite : issue d'une quantité considérable d'hydatides.

26 août : Etat général satisfaisant ; appétit faible cependant. Défécation tous les deux jours ; œdème du pied gauche. La vessie, par son ancienne blessure, laisse couler de l'urine.

Mort le 13 septembre.

Autopsie : Il reste un gros kyste du foie et une quantité de petits kystes dispersés dans les anses intestinales. Les kystes du petit bassin qui avaient été suturés extra-péritonéalement sont suppurés.

OBSERVATION 38

PEYROT-MILIAN. — Thèse DÉVÉ. Paris, 1901.

Homme de 55 ans, présentant une tumeur de l'abdomen avec frémissement hydatique très net. Deux autres tumeurs plus petites : l'une dans la région épigastrique, l'autre dans la région splénique. En raison du développement lent et insidieux de l'affection, de l'absence de phénomènes douloureux et d'altération de l'état général, on diagnostique kystes hydatiques multiples de l'épiploon.

Laparotomie : 1° grosse tumeur médiane sur laquelle l'épiploon est étalé et contenant beaucoup de vésicules proligères et de scolex. Ablation de la poche ;

2° Kyste dans le grand épiploon à droite du premier et entouré lui-même de kystes plus petits ;

3° Kyste rétro-stomacal, contenant beaucoup de vésicules filles.

Au-dessus, kyste de la face inférieure du foie, vide, à parois flottantes, portant sur la face inférieure une sorte de petite ouverture ombiliquée. Kyste juxta-splénique.

Ablation des différents kystes. Marsupialisation de la poche rétro-gastrique. Suites opératoires apyrétiques.

OBSERVATION 39

TILLAUX. — Thèse d'ALBERT. Paris, 1887.

Femme de 53 ans. A vu son ventre augmenter de volume depuis quatre ans. Cette tumeur abdominale est volumineuse, inégale, irrégulière. M. Tillaux pose facilement le diagnostic de kyste hydatique de la cavité abdominale. Il constate, en effet, un frémissement hydatique très net, mais dans une étendue assez restreinte au niveau de l'ombilic.

Depuis longtemps déjà, la malade était gênée pour marcher, elle était amaigrie, anémiée, jaune comme un coing. Aussi, M. Tillaux pensa qu'il y avait lieu d'intervenir.

Opération le 30 juin. L'incision sur la ligne médiane découvre une tumeur adhérente, fusionnée avec le péritoine. On agrandit l'incision au-dessus de l'ombilic. Dans les efforts faits pour détacher ces adhérences, la poche se rompt, et il en sort sans liquide des hydatides claires ou flétries. Cette poche était fort grande et on put en extirper avec la main une grande quantité d'hydatides.

M. Tillaux trouve alors une grappe de kystes hydatiques occupant tout le grand épiploon. Cette grappe bridée par les feuillets du grand épiploon adhère par derrière à l'intestin. Elle est difficile à énucléer, plusieurs poches s'ouvrent et donnent lieu à un écoulement de liquide blanc mélangé d'hydatides du volume d'un œuf de poule ou de pigeon.

Cet amas de tumeurs plongeait dans le petit bassin et y adhérait. Une partie était adhérente à la vessie. M. Tillaux s'était déjà préoccupé de l'état de la vessie et avait pratiqué

le cathétérisme avant de commencer l'opération. Il fit le cathétérisme une deuxième fois, la cavité abdominale étant ouverte. Le bec de la sonde resta au-dessous du pubis et l'on n'obtint aucun liquide pendant cette exploration.

M. Tillaux se croyait en sûreté de ce côté ; mais la vessie avait probablement pris la forme d'un sablier et la sonde n'avait pas pu, sans doute, pénétrer à travers le rétrécissement dans la partie supérieure de la vessie. Celle-ci fut rompue en cherchant à arracher une poche qui lui était adhérente.

D'autres poches occupaient le ligament large à droite et la corne de l'utérus du même côté ; néanmoins, elles provenaient du grand épiploon.

La cavité abdominale étant libre, on put voir la face inférieure du foie et la vésicule biliaire absolument nettes.

L'énucléation fut pénible et dura une grande heure. L'opération dura en tout une heure trois quarts.

Des lavages à l'eau bouillie permirent de retirer des caillots et des hydatides des culs-de-sac ; la vessie fut suturée au catgut et la paroi fermée avec des sutures à la soie.

La malade était très affaiblie, on lui fit des injections d'éther.

Le troisième jour, le pouls était fréquent ; il n'y avait pas de douleurs, pas de vomissements, mais la malade est anéantie, son ventre est tympanisé.

Examen des pièces : Il y avait une énorme grappe constituée par une agglomération de tumeurs dont la principale était grosse comme une tête d'adulte. La deuxième partie plongeait dans le petit bassin. Elle était composée de trois masses principales et de masses plus petites très fluctuantes et présentant le frémissement hydatique. Il y avait près de la vessie, un kyste enflammé.

Le frémissement hydatique découvert par Blatin, en 1801, décrit pour la première fois en 1828 par Briançon, puis par Piorry, a été comparé au tremblement fourni par la percussion d'un sommier ou d'un fauteuil élastique (Sade). Tillaux proposa même de l'appeler « vibration », car c'est plutôt la sensation qu'éprouve l'explorateur. Pour rechercher ce signe « il ne faut pas imprimer à l'abdomen une sorte de succusion, mais percuter avec un doigt comme pour rechercher la matité » (Tillaux).

Ce signe s'accompagne parfois à l'auscultation, d'un bruit musical presque identique à celui que donne une grosse corde de violon que l'on fait vibrer près de la joue (Rollet). M. Dévé le compare à celui d'un tambour peu tendu.

En recherchant le frémissement, on détermine en même temps des zones de matité correspondant aux tumeurs, avec entre elles des zones de sonorité. C'est la matité en damier souvent observée dans la péritonite tuberculeuse.

Ce sont les seuls signes, et combien faibles, de l'échinococcose secondaire abdominale, car les signes de compression auxquels on pourrait s'attendre, sont très rares, malgré l'accumulation et l'agglomération des kystes au contact des viscères, mais ils sont le plus souvent accompagnés de kystes pelviens qui ont, eux, en même temps qu'une gravité plus grande, une symptomatologie des plus riches. En effet, si les hydatides de la cavité abdominale n'occasionnent d'accidents que lorsqu'elles ont acquis un grand volume, circonstance qui tient à la laxité des parois de cette

cavité et au déplacement facile des organes, il n'en est pas de même lorsque les vésicules se sont développées dans le bassin : l'inextensibilité des parois, en donnant un point d'appui à la tumeur ou bien en s'opposant au déplacement des viscères, détermine la compression des organes pelviens et consécutivement les accidents les plus graves.

Le plus souvent amaigris, le teint terreux, pigmenté ou subictérique, les membres décharnés, la respiration gênée, tout appétit disparu, le ventre distendu, bosselé, parcouru ou non de grosses veines sous-cutanées, ces malades finissent par succomber aux progrès de la cachexie, quand ils ne sont pas enlevés plus rapidement, du fait d'un des nombreux accidents de compression auxquels ils sont exposés (Dévé).

La douleur est un des symptômes les plus constants et les plus précoces. Ce sont d'abord dans le bas-ventre de légères douleurs pouvant s'accompagner de pesanteur et d'irradiation dans la région lombaire (Schwartz), ou épigastrique, des frissons (Kaltenbach). Elles sont la conséquence d'une irritation circonscrite du péritoine, soit par suite des tractions exercées sur la séreuse, au cours du décollement que ces kystes sont obligés de créer pour se faire une place, soit par suite de poussées de pelvi-péritonite. A chaque poussée et sous l'influence de cette irritation péritonéale il se forme des adhérences de plus en plus solides de la tumeur avec les organes voisins.

Les douleurs peuvent survenir par crises et à intervalles plus ou moins éloignés. Chez la femme, la

période menstruelle est souvent l'occasion d'une nouvelle poussée.

OBSERVATION 40

FERVAL. — Thèse de Paris, 1900.

P. L..., 23 ans. Depuis quatre ans étouffements, palpitations du cœur, indigestions au moment des règles. Il y a trois mois, six à sept jours après ses règles, étouffements et malaise général si prononcé que la malade dut s'aliter pendant trois semaines. Ventre ballonné, vomissements. Le médecin diagnostique une tumeur dans le ventre et la fait entrer à l'Hôpital.

Palpation douloureuse. Au toucher, on sent, dans le cul-de-sac postérieur, une grosse tumeur mobile, douloureuse.

Utérus en rétroflexion ; le col est petit et si dévié qu'il est impossible d'y introduire l'hystéromètre.

Le 29 mars, opération. Aucune tumeur de l'utérus ni des annexes.

L'épiploon est criblé de kystes hydatiques dont les plus développés ont la grosseur du poing. Au moment de l'ouverture du péritoine, un liquide séreux s'écoule au dehors.

Envahissement de tout le grand épiploon, hypertrophie des ganglions mésentériques. Résection du grand épiploon dans presque toute son étendue. Foie normal. Le cul-de-sac de Douglas renferme un énorme kyste hydatique tellement adhérent au rectum et à l'utérus qu'il est impossible de l'énucléer.

Ponction sans résultat avec l'appareil de Dieulafoy, la canule étant obstruée par les hydatides. Ouverture de la

poche dont on fixe les bords à la paroi abdominale, après lavage préalable de la cavité abdominale.

Gaze iodoformée dans la poche ainsi suturée à la paroi.

Ablation d'un petit kyste adhérent à la trompe droite.

Opération laborieuse par suite des adhérences de la poche aux organes environnants.

Suppuration de la plaie et élimination très lente des fils.

Le 17 mai, la malade sort de l'Hôpital.

L'accroissement des kystes augmente en général les douleurs, mais parfois la tumeur devient abdominale, n'étant plus confinée dans le petit bassin, elle peut prendre facilement de l'extension, ce qui coïncide parfois avec une diminution des phénomènes douloureux.

Ceux-ci sont souvent accompagnés de troubles digestifs : nausées, vomissements alimentaires ou bilieux qui peuvent devenir dangereux par leur répétition. Ils ont souvent comme conséquence la constipation. Celle-ci survient surtout à la période de compression, et devient alors de plus en plus tenace, résistant aux purgatifs ; elle peut alterner avec des crises de diarrhée et de ténesme. Le plus souvent, les garde-robes sont très pénibles, très douloureuses et les efforts faits par le malade parfois infructueux.

OBSERVATION 41

GEISSEL. — Gazette des Hôpitaux, 1898.

Malade âgée de 46 ans, qui, depuis dix ans, rendait par l'intestin un liquide clair, aqueux, mélangé de membranes.

On sent à travers les parois amincies de l'abdomen, de petites tumeurs très nombreuses et dures, d'un grand volume. L'une d'elles, située à droite et à gauche de la ligne blanche, par de l'ombilic et s'enfonce dans le petit bassin. A la percussion, matité absolue jusqu'à deux travers et demi de doigt au-dessus de l'ombilic.

Les zones de matité et de sonorité ne se déplacent point dans les changements de position de la malade. Au niveau des points mats, la fluctuation est manifeste. Le cœur est déplacé en haut (choc de la pointe dans le troisième espace). Dyspnée. Constipation permanente, défécation pénible. Au toucher vaginal, on sent très difficilement le col derrière la symphyse, et des deux côtés de cet organe, des tumeurs fluctuantes. Combinant le toucher, la palpation manuelle et le toucher rectal, on perçoit des ondulations.

Geissel crut avoir affaire à un kyste multiloculaire de l'ovaire, fit une laparotomie allant de l'appendice xyphoïde au pubis, et vit qu'il s'agissait de kystes hydatiques nombreux, adhérents au péritoine et variant d'un pois à une noix. Sur le milieu de la paroi abdominale étaient deux kystes volumineux qui furent extirpés avec vingt-sept petites tumeurs. Mort cinq heures après (Foie, rate, reins intacts).

Il est à noter cependant que si cette compression produit une constipation tenace avec formation de bols fécaux, parfois volumineux, elle ne produit presque jamais d'obstruction totale. Si celle-ci survient, comme dans notre cas, elle est due à des kystes situés plus haut, par exemple à l'angle droit ou gauche du côlon, qui par la compression qu'ils exercent et surtout les adhérences qui les accompagnent étirent les parois intestinales et réduisent leur lumière à néant.

Le toucher rectal, difficile à pratiquer, permet de sentir une ou plusieurs masses globuleuses, tendues, qui diminuent le calibre rectal. Cet examen est peu commode, car les parois du rectum sont aplaties, accolées, et la pénétration est très limitée.

Bien que sérieux et douloureux, les symptômes rectaux le cèdent encore en importance aux signes tirés de l'examen des voies urinaires.

Apparaissent tout d'abord des douleurs dans la région vésicale, accompagnées de pollakiurie. Ces troubles s'accentuent peu à peu ; il s'y joint fréquemment une sensation de pesanteur dans le périnée, la miction devient pénible, douloureuse. Souvent apparaissent des alternatives d'amélioration et d'aggravation, jusqu'à ce que les accidents deviennent permanents et insupportables. Les douleurs vésicales deviennent intenses, avec propagation possible vers la région sacrée, puis, soudain, s'installe une rétention d'urine, et le malade, sans cause apparente, se voit dans l'impossibilité d'émettre la moindre goutte d'urine, alors que la veille encore, la miction s'était faite normalement.

OBSERVATION 42

Cranwell. — Kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme. (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1907).

José F..., âgé de 23 ans. Argentin, né à Balcarce (province de Buenos-Ayres), journalier. Il entre à l'Hôpital le 27 juillet 1906.

Antécédents sans importance.

Sa maladie actuelle date de trois mois et commence par des phénomènes de dysurie, plus marqués le matin. Les difficultés pour uriner étaient très grandes et la miction était rare et extrêmement fréquente ; néanmoins, jamais il n'a eu de douleurs et n'a pas uriné le sang. Un matin, la rétention fut complète et il se vit obligé de consulter un médecin qui le sonda et lui fit remarquer qu'il avait une tumeur dans la fosse iliaque droite. Il n'a pas eu de blennorragie.

État actuel : bon état général et bonne constitution. Le ventre se présente légèrement gonflé et les parois abdominales sont un peu tendues. La partie sous-ombilicale du ventre est occupée par une série de tumeurs (cinq environ) dont le volume varie entre celui d'une noix et celui d'une orange ; ces tumeurs sont lisses, dures, indoleutes et un peu mobiles ; dans la fosse iliaque droite on en sent une plus volumineuse, de la grosseur d'une tête de fœtus, avec les mêmes caractères, mais elle est fixe et se perd à sa partie inférieure dans la cavité du bassin ; cette tumeur est mate à la percussion.

Par le toucher rectal, on trouve aussi une tumeur volumineuse qui repousse en arrière la paroi antérieure du rectum ; elle est lisse, rénitente et indolente.

L'examen du sang donne 2 0/0 d'éosinophiles.

Opération le 15 août 1906. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve dans la partie terminale du grand épiploon, un groupe de quatre kystes hydatiques, dont le volume varie entre celui d'un œuf et celui d'une petite orange. On réséque l'épiploon en même temps que les kystes et on passe à l'inspection du bassin qui se trouve complètement occupé par deux kystes développés entre le rectum et la vessie. Le plus petit est placé vers la gauche et a la grosseur d'une orange : le plus grand, plus grand

qu'une tête de fœtus, occupe presque tout le bassin ; le rectum est aplati et la vessie est repoussée vers le haut.

On ouvre les deux kystes qui étaient fertiles et avec un liquide clair ; on extrait la membrane mère et quelques vésicules filles que contenait le plus grand kyste ; on sèche bien la région périkystique en la frottant avec une gaze trempée dans une solution de formol et on abandonne les deux poches dans le péritoine sans suturer. On ferme la paroi abdominale en laissant un drainage dans le péritoine, en le retirant 48 heures après.

Les troubles urinaires disparaissent. La plaie guérit par première intention et le malade sort complètement rétabli le 1er septembre 1906.

OBSERVATION 43

Pinatelle et Rivière. — Gazette des Hôpitaux, 1904. p. 385.

Malade de 60 ans, couturière. Début, il y a trente ans, par un point de côté dans la région hépatique, apparaissant à intervalles irréguliers, siégeant au-dessous des fausses-côtes droites et s'accompagnant d'irradiations douloureuses vers l'épaule droite. Jamais d'abcès. Dix ans après le début, elle remarqua que son abdomen augmentait de volume.

On pensa à ce moment à une tumeur abdominale. L'augmentation de volume de l'abdomen a été progressive ; depuis deux mois, les points de côtés sont plus douloureux et plus fréquents. En même temps, sont apparus des troubles urinaires : douleurs et difficultés des mictions.

Assez bon état général, pas d'amaigrissement notable,

pas de constipation, appétit assez bien conservé, un peu de subictère. Le foie paraît très gros, il remonte en haut jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus du mamelon ; en bas, il ne dépasse guère le rebord costal. Voussure très nette, de la largeur d'une paume de main, au niveau de la portion sternale des septième, huitième et neuvième côtes droites. A ce niveau, matité et frémissement hydatique très perceptible.

Abdomen volumineux, saillant, très étalé. Pas de matité dans les flancs. Au palper, grosse masse occupant la région ombilicale, dépassant, à gauche, la ligne médiane et remontant vers la région sous-hépatique ; entre le foie et la tumeur, mate à la percussion, on perçoit la sonorité conservée du côlon transverse. La tumeur, du volume d'une tête de fœtus, est assez régulièrement arrondie et paraît superficielle. On a la sensation de frémissement hydatique, à la percussion même légère, tumeur mobile sous les doigts.

Au toucher vaginal, le col n'est pas perceptible ; une masse volumineuse, rénitente, irréductible, paraissant occuper tout le petit bassin, fait saillie dans le vagin.

Jamais d'urticaire, ni de démangeaisons.

Léger œdème malléolaire augmentant le soir.

Opération, 7 décembre 1903, par le Professeur Jaboulay.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Gros kyste hydatique du lobe hépatique droit : incision, évacuation de nombreuses vésicules hydatiques, ablation de la membrane proligérée, marsupialisation de la poche.

En raison des adhérences multiples du kyste abdominal, de l'âge et de l'état du cœur de la malade, il pratique la simple évacuation du kyste avec ablation de la membrane proligérée, suivie de la marsupialisation.

Le kyste vaginal est ouvert aux ciseaux par voie vagi-

nale, et, après évacuation de son contenu, une mèche de gaze est introduite dans sa cavité.

Suites opératoires bénignes : 38°5 le soir pendant huit jours ; lever le quinzième jour, la malade sort guérie au bout d'un mois.

OBSERVATION 44

Ribera y Sans. — Revista de Medicina y cirurgia practicas. Madrid, 1905, p. 452. Obs. 64.

Femme de 35 ans, présentant depuis huit mois une tumeur de la région hypogastrique. Douleurs, gêne pour uriner. Les culs-de-sac vaginaux sont effacés.

Le 19 mai 1899, laparotomie médiane sous-ombilicale. Extirpation de plusieurs kystes hydatiques, inclus dans les ligaments larges ; quelques-uns se rompent. Marsupialisation d'une des poches ; guérison.

Au cours de l'année 1901, hernie de la paroi et récidive dans la partie supérieure de la cicatrice. Extirpation du kyste et cure opératoire de la hernie (31 octobre 1901).

OBSERVATION 45

Vauzelle. — Société Anatomique, 1897.

M. Vauzelle apporte des kystes hydatiques, enlevés par la laparotomie, chez une femme qui se plaignait de douleurs abdominales et de mictions fréquentes. Une masse hydatique, grosse comme le poing, occupait le tissu cellulaire rétro-vésical et comprimait la vessie. Une autre masse

était accolée à l'ovaire gauche, qui, lui-même, était farci de petits kystes hydatiques. Enfin, en plein épiploon, on trouvait une grande quantité de kystes hydatiques de petit volume.

OBSERVATION 46

VILLAR. — Congrès de Chirurgie, 1893.

Pierre L..., 35 ans.

Constate un an auparavant dans la région iliaque droite, l'existence de deux tumeurs du volume d'une noix, dures, régulières, ne donnant lieu à aucun trouble. Peu à peu, elles grossissent en se portant vers la ligne médiane et en haut. Au bout d'un certain temps survinrent, tous les cinq mois environ, des crises douloureuses qui obligeaient le malade à garder le lit pendant deux ou trois jours. Envies fréquentes d'uriner ; peu d'urine à la fois ; sensation de pesanteur sur la vessie. Il y a quatre ans, nouvelle tumeur dans l'hypocondre droit se développant progressivement et n'ayant provoqué qu'un léger ictère, disparu après huit jours. Le malade, cependant, maigrissait et perdait ses forces. La miction devint de plus en plus fréquente.

Deux ponctions furent pratiquées, donnant issue la première fois à un litre de liquide très clair, la seconde à des vésicules caractéristiques.

Après sept à huit ponctions du foie, sans aucun résultat, on fait passer le malade dans le service du Professeur Demons, où l'on constate :

Dans l'hypocondre droit, une tumeur lisse, dure, mate à la pression, volumineuse, dépassant la ligne médiane à

gauche, suivant en arrière le bord inférieur du foie et descendant jusqu'au niveau de l'ombilic.

Au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, une petite tumeur dure, régulière (poche kystique guérie) et un peu à droite, trois autres tumeurs du volume du poing environ.

Une autre tumeur au-dessus du pubis, rappelant la vessie, distendue, régulière et rénitente, du volume d'une grosse orange et paraissant assez mobile. Pas de frémissement hydatique ; cependant, en prenant celles qui sont situées au centre de la cavité abdominale, on a la sensation d'un frottement spécial.

Le doigt, introduit dans le rectum, tombe sur une tumeur dure, saillante, qui déprime la paroi rectale antérieure ; les mouvements imprimés à la tumeur sus-pubienne, se transmettent au doigt rectal.

Depuis trois semaines, le malade éprouve une grande difficulté pour uriner, et le cathétérisme est difficile. L'état général est mauvais, amaigrissement considérable, teint cachectique, faiblesse extrême.

Opération le 28 juillet 1892. Incision sur la ligne blanche, de la symphyse pubienne à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, on extrait par cette voie, six kystes hydatiques de volume inégal ; ils sont situés, les uns dans l'épiploon, les autres dans le mésentère ; l'énucléation en est assez facile.

Le kyste rétro-vésical s'étend à droite sur les vaisseaux iliaques externes, dont on le sépare assez facilement ; il est recouvert par le péritoine, qui se continue en avant vers la vessie. Incision du feuillet péritonéal et tentative d'énucléation du kyste, pendant cette manœuvre, la pince qui le soulève en déchire la paroi et du liquide s'écoule dans la cavité abdominale. Lavage au sublimé. Adhérences du kyste au sommet de la prostate, ce qui décide à faire la marsupialisation du kyste.

1er septembre. — Cicatrisation parfaite ; la poche hydatique est très diminuée.

25 septembre. — Le malade sort ; il a augmenté de 4 kilos en un mois ; il reprend son travail et se porte bien.

Cette rétention peut persister, comme parfois elle peut disparaître, puis s'installer à nouveau et devenir définitive après plusieurs alternatives semblables.

Il faut alors pratiquer le cathétérisme, qui est le plus souvent difficile, quand il n'est pas impossible (tout au moins chez l'homme), car pour introduire la sonde dans la vessie, il est nécessaire de franchir les obstacles fréquemment accumulés dans la région prostatique. Chez la femme, l'urètre peut être étiré, allongé, déplacé comme au cours de la grossesse.

Par le cathétérisme, les malades sont exposés à de nombreux dangers, dont le moindre est la rupture du kyste (Calaway, Fürstenberg). Il faut surtout craindre l'infection, qui est d'autant plus à redouter que la vessie irritée, congestionnée, s'infecte plus volontiers. Cette infection est d'autant plus grave qu'elle s'étendra, car elle trouve des uretères et des reins admirablement préparés. En effet, les uretères englobés dans les parois du kyste adventice, et comprimés contre les parois du bassin, se dilatent au-dessus du détroit supérieur, le bassinet et les calices se distendent aussi, d'où production d'une uronéphrose, admirable terrain de culture. La pyélo-néphrite va succéder à la plus légère infection. Et l'on sait le pronostic sérieux de cette affection. Nous devons dire toutefois que ces dilatations ne sont pas constantes, car si le

kyste pelvien remonte vers l'abdomen, la compression est moins intense, et tout reste en état. Ce fait explique les résultats de Cranwell qui, sur 24 observations suivies d'autopsies, ne trouva de dilatations urétérales que dans 11 cas.

Chez la femme, les symptômes vésicaux et rectaux ne sont pas les seuls, et la compression des kystes multiples amène des modifications sensibles dans la statique des organes génitaux, tout en troublant leurs fonctions.

Les troubles menstruels apparaissent les premiers. La femme qui, jusque-là, avait été bien réglée, s'aperçoit qu'à l'époque de la période menstruelle ses règles ne sont point venues ou qu'elles ne sont apparues que quelques jours plus tard et qu'elles ont été beaucoup moins abondantes qu'à l'ordinaire. Il peut survenir aussi une aménorrhée persistante (Freund, Lemaire).

En même temps apparaissent des douleurs le plus souvent très vives, dans la région lombaire, hypogastrique. Ces douleurs dépendent habituellement d'adhérences intestinales et comme celles-ci augmentent de nombre au cours de l'évolution du kyste, c'est dire que ces douleurs deviendront toujours plus violentes.

On peut observer aussi des troubles de dysménorrhée (Freund, Martini).

Suivant le siège du kyste juxta-utérin, l'utérus est attiré vers la cavité abdominale, c'est le cas le plus fréquent, ou est repoussé vers le pelvis (Dévé, Cerné). On l'a vu, après avoir forcé l'hymen, constituer un prolapsus complet, irréductible, et faire saillie de plus de 10 centimètres. C'est à ce moment seulement, que

la malade, jeune fille de 17 ans, s'était décidée à chercher une explication à cette anomalie.

Quand l'utérus est attiré vers le haut, le col suit le mouvement et devient parfois difficilement perceptible, situé qu'il est au fond de l'extrémité supérieure d'un vagin presque complètement obstrué. De plus, il est refoulé vers la symphyse pubienne, et ses lèvres parfois effacées. Le toucher est douloureux car le cul-de-sac postérieur est, dans ces cas, comblé par une tumeur lisse, saillante, rénitente, qui n'est autre qu'un kyste enclavé qui cherche de l'espace.

Si l'on peut fixer le col et qu'on puisse mesurer l'utérus, on constate que sa cavité est agrandie (Bland-Sutton). Cet examen est parfois suivi d'hémorragies, car la muqueuse utérine est irritée d'une façon chronique et congestionnée. On a remarqué, en effet, que les kystes, cherchant à se faire une place, tendent à creuser du côté de la cavité utérine, parfois même ils peuvent la perforer et s'ouvrent à son intérieur (ce sont les kystes utérins de certains auteurs). Il se fait, dans ce cas, une expulsion d'hydatides par le vagin, mais ce signe est extrêmement rare et n'aurait été noté qu'une dizaine de fois seulement.

OBSERVATION 47

GULDNER. — In Becker, Beitræge zur Klinische Chirurgie, p. 169, Bd., 41.

Gertrude B..., 12 ans. A l'âge de 2 ans, sa mère remarque au-dessus de l'ombilic et à droite, une petite masse dure

qui grossit lentement. Il y a un an, véritable malaise, vomissements répétés, accompagnés de douleurs. Nouvelle aggravation il y a quinze jours. Fièvre, vomissements, constipation. Il y a huit jours, à la suite d'une issue de pus par le vagin, les douleurs diminuèrent. Une vésicule fut énucléée du vagin il y a quatre jours.

Jeune fille au teint pâle, l'épigastre saillant. A ce niveau, on sent une tumeur du volume du poing, arrondie, à surface mamelonnée, non douloureuse à la pression. La tumeur très mobile suit les mouvements respiratoires. La limite supérieure de la tumeur n'est pas perceptible à la palpation, mais paraît se continuer avec le foie. A deux travers de doigt, au-dessus du nombril, on trouve une seconde tumeur du volume d'une noix, arrondie, assez dure, mobile. Il s'écoule toujours beaucoup de pus par le vagin. Par le toucher rectal on trouve dans le Douglas une tumeur fixe du volume d'une pomme, comprimant la lumière du rectum.

On pose le diagnostic : Echinococcose multiple de la cavité abdominale.

Le 16 avril 1904 : Laparotomie.

La grande tumeur est un kyste fixé au lobe gauche du foie par un mince pédicule. Extirpation. On enlève également quatre kystes de l'épiploon. On ponctionne le kyste de Douglas qui est adhérent aux annexes droites. Tamponnement.

Cinq jours plus tard, il sortit de la vulve une nouvelle vésicule. La malade sort le 13 juin 1904, guérie.

En mai 1906, la malade n'a pas de récidive.

Les troubles menstruels peuvent être dus aussi à des inflammations périovariques qui se traduisent par des adhérences. Les kystes qui les produisent sont

généralement latéraux et font souvent saillie dans les fosses iliaques.

Les douleurs peuvent tenir aussi à la distension de la trompe, car ces douleurs, très fréquentes, sont surtout aiguës au moment des règles.

Ces symptômes qui attirent l'attention des malades et les poussent à se faire examiner sont d'une grande importance, surtout quand ils peuvent être accompagnés du toucher rectal ou vaginal. Nous avons vu quelles difficultés accompagnaient souvent cet examen, mais il peut néanmoins être des plus utiles s'il est combiné au palper abdominal. Celui-ci permet de délimiter la limite supérieure des collections kystiques, et de préciser leur siège.

En raison des adhérences qui les unissent aux organes voisins, ces tumeurs lisses, tendues, élastiques, souvent fluctuantes, au niveau desquelles on ressent parfois le frémissement hydatique, ne peuvent se repousser vers la cavité abdominale, ni se mobiliser dans le petit bassin. C'est un signe presque caractéristique des kystes hydatiques pelviens.

La palpation abdominale sera encore utile dans ces cas, car elle permettra de constater s'il existe d'autres tumeurs kystiques dans l'abdomen, et leur existence contribuera à faire reconnaître une tumeur d'un diagnostic parfois délicat, mais toujours difficile.

Tous ces symptômes apparaissent surtout après un développement assez marqué des kystes, dont l'évolution, nous l'avons vu, se fait le plus souvent très lentement, mais sûrement, pour aboutir à une compression des différents organes du bassin, à une gêne

accompagnant une distension anormale de l'abdomen ou à des phénomènes pleuraux.

Suivant le nombre des kystes, leur localisation, leur origine, on observe un laps de temps, parfois fort long, 4, 8, 12, 15 et même 20 ans, séparant la rupture d'un kyste primitif, de l'apparition des phénomènes douloureux ou compressifs.

OBSERVATION 48

CRANWELL. — Thèse de LEMAIRE.

Femme de 16 ans, entrée à l'Hôpital le 1er avril 1901. Diagnostic : kystes hydatiques de l'abdomen.

Quatre ans auparavant, traumatisme de l'abdomen, fortes douleurs, alitement d'un mois. Après intervalle de deux ans, nouvelles crises douloureuses accompagnées de météorisme et de constipation.

Opération : Laparotomie infra-ombilicale. Extirpation d'un kyste de la grosseur d'un œuf d'autruche, siégeant dans le cul-de-sac de Douglas, péritoine semé de petits kystes. Extirpation de quelques-uns. Guérison.

Depuis, cette malade fut opérée à deux reprises, de kystes abdominaux suppurés.

Toutefois cette évolution ne s'accomplit pas toujours d'une façon aussi régulière et des modifications ou des complications peuvent survenir pour influencer le développement des kystes.

Certains kystes peuvent disparaître. C'est là, le plus souvent, le résultat d'une compression par des kystes environnants, le liquide se résorbe et la poche subit une dégénérescence granulo-graisseuse.

Cette disparition du kyste peut se rencontrer, mais elle est rare. Il arrive plus souvent qu'un des kystes secondaires se rompe ou suppure.

La rupture de ces kystes secondaires peut se traduire par les mêmes ysmptômes que celle des kystes primitifs, mais les symptômes sont le plus souvent moins marqués et il ne se produit guère que des douleurs plus ou moins passagères. Cette rupture peut être spontanée ou traumatique, quant à l'issue du liquide, elle se fait soit dans le péritoine, soit dans les organes environnants.

L'ouverture dans le péritoine est rare, car, dans le plus grand nombre de cas, il existe de fortes adhérences périkystiques au niveau desquelles la séreuse péritonéale s'épaissit et forme une barrière solide, difficile à forcer.

Au contraire, le kyste s'ouvre facilement dans les organes ou conduits voisins (intestins, estomac, vésicules, vessie, rectum, utérus, vagin). C'est un résultat du développement des kystes qui refoulent la paroi de ces différents réservoirs, amincissent les parois, les perforent, puis, à la suite d'une ulcération, cèdent à la différence de pression et vident leur contenu.

OBSERVATION 49

RIEMANN. — Diss. Rostock, 1899.

Homme de 42 ans, ayant été atteint de fièvre typhoïde, il y a un an. A cette occasion on découvre plusieurs tumeurs dans son ventre. Il y a six mois, brusquement, accidents

péritonéaux graves. On trouve une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas et au-dessus de la vessie. Au troisième jour de la maladie, issue de débris hydatiques par les urines. La tumeur vésicale diminue. Amélioration.

A l'examen, on constate un foie non augmenté. A droite de l'ombilic, une tumeur grosse comme le poing, très mobile. Une seconde, plus petite, à la partie inférieure gauche de l'abdomen. Une troisième, au-dessus de la symphyse, au sommet de la vessie. Le 7 mars 1901, énucléation de deux kystes hydatiques du mésentère, d'un kyste du mésocôlon, puis d'un kyste du petit bassin situé à la face postérieure de la vessie. Dans le lobe droit du foie, kyste hydatique gros comme le poing. La séreuse des intestins est couverte d'innombrables petites nodosités jaunâtres, disséminées, qui sont également de nature echinococcique. Guérison opératoire. Sorti le 6 avril 1901.

Le malade vit encore en mars 1906, mais il est atteint de récidive hydatique.

OBSERVATION 50

WESTHOFF. — Annals of Surgery, 1893, t. XVII, p. 241.

Femme âgée de 40 ans, souffrant d'une constipation opiniâtre et continue. Estomac dilaté et douloureux. Céphalée intense et anorexie. Etat général très mauvais. Les symptômes ne dateraient que de trois semaines.

Après l'évacuation de l'intestin, on peut sentir au-dessous du côté gauche du foie, et derrière la symphyse pubienne, une grosse tumeur et l'on porte le diagnostic de kystes hydatiques multiples ; quelques jours plus tard on découvrit quelques vésicules dans les fèces. Après évacua-

tion complète des intestins, on trouva une autre tumeur siégeant dans le bassin et remontant derrière la symphyse pubienne ; on la sentait également par le toucher rectal, et le bassin était complètement rempli par la tumeur.

En ouvrant le péritoine, on trouva un volumineux kyste derrière la symphyse. En introduisant la main dans la cavité abdominale, on en sentit un second, c'était un kyste de l'épiploon de la grosseur d'un œuf d'oie. Ce dernier put être enlevé et son ablation fit voir un autre kyste du lobe droit du foie. On sutura les parois du kyste à la plaie abdominale, et l'on fit un tamponnement avec de la gaze. Une autre incision fut pratiquée au niveau du kyste hépatique qui fut traité de la même façon. Au bout de huit jours on ouvrit les kystes. Ils laissèrent échapper un liquide clair et de nombreuses vésicules filles ; les deux poches furent disséquées et enlevées. Les deux places se cicatrisèrent parfaitement.

Il y avait un grand nombre de kystes isolés, développés dans les différents organes abdominaux.

Ces ruptures ont de nombreux inconvénients, car si, au début, le kyste se contente de déverser son trop plein, fait déjà dangereux, car il peut amener des oblitérations parfois fort graves, il en résulte une fistule et suivant les organes avec lesquels il est en contact, le kyste peut ou infecter ou suppurer. Il peut aussi servir de vésicule biliaire artificielle. Ce fait était regardé autrefois comme avantageux, car on accordait à la bile un pouvoir bactéricide énorme ; mais il fallut abandonner cette heureuse perspective, car nombreuses sont les observations où malgré un contact permanent et prolongé avec la bile, les vési-

cules filles ou les scolex ont conservé leur vitalité et ont pu reproduire de nouveaux kystes.

La suppuration résultant de la fistulisation est un accident encore plus redoutable, car en plus de la toxicité du liquide déversé et des troubles de compression toujours possibles, se joignent les accidents qui accompagnent la suppuration chronique. La quantité de pus formé est plus ou moins abondante, car elle varie suivant le volume du kyste, mais elle revêt un caractère de chronicité qui lui enlève toute tendance à la guérison spontanée et les fistules permanentes dans un organisme débilité, ont beaucoup assombri un pronostic déjà sérieux par lui-même. Nous connaissons les troubles résultant de la compression de différents viscères. Certains troubles circulatoires ou nerveux reconnaissent la même origine.

Le contact intime de kystes avec les différents vaisseaux peut amener une hypertrophie inflammatoire qui, provoquant une stase veineuse complète, entraîne à sa suite des œdèmes (Rohdis) de localisation différente. Tantôt ce sont les vaisseaux iliaques qui sont comprimés (Ferval), d'autres fois, c'est la veine porte (Havage), ou bien les vaisseaux splanchniques, ou même la veine cave inférieure (Mayer).

La compression peut s'exercer aussi au niveau des nerfs et se traduit par des paresthésies, des anesthésies, des fourmillements dans les pieds et dans les jambes, parfois, on peut avoir tous les signes d'une sciatique typique (Guyon).

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Les symptômes de l'échinococcose secondaire sont très nombreux, mais aucun d'eux n'est suffisamment caractéristique pour servir de base à un diagnostic précis. D'autre part, ces signes sont si variables, qu'ils détournent parfois l'attention. Pour porter un diagnostic précis et sûr, il faudrait pouvoir réunir tout un ensemble de signes qui sont rarement réunis. C'est ainsi que si l'on se trouvait en présence de nombreuses tumeurs indolentes soulevant la paroi abdominale, ou bombant dans le vagin et le rectum, dures, rénitentes, mates ; si ces masses arrondies se sont développées lentement, insidieusement, sans fièvre, sans grande altération de l'état général ; si l'on observe, en les palpant, une sorte de frémissement caractéristique dit « hydatique », on est en droit et l'on doit poser le diagnostic « d'échinococcose ». Cette idée doit être maintenue, même s'il y a coexistence

d'épanchement liquide dans le péritoine, même s'il y a ictère. Ce diagnostic s'impose si l'on trouve des lambeaux de membranes ou des débris de vésicules dans les selles, les urines ou les expectorations.

Ces cas sont rares, aussi faut-il s'entourer de nombreuses précautions et songer toujours à l'existence de nombreuses affections.

Et tout d'abord, il faut toujours penser à la possibilité d'une échinococcose secondaire (Cranwell). Dans quelque pays que l'on soit, cette hypothèse peut se réaliser. Notre observation en est un exemple : « Les kystes hydatiques sont, en effet, très rares dans l'Est ». MM. Etienne, Rueff et Thiry n'en relèvent que 21 cas publiés au cours de nombreuses années. Il en existe certainement un plus grand nombre, car tous les cas ne sont pas publiés, mais ils n'en sont pas moins une rareté. Au cours de nos années d'internat, nous en avons observé 6 cas (5 kystes du foie, 1 cas d'échinococcose secondaire) sur près de 4.000 malades, soit environ 1 pour 1.000 ; or, Finsen, en Islande, en trouvait 1 pour 33 malades !

Des renseignements fort importants peuvent être fournis par l'interrogatoire du malade. C'est lui qui, dans notre cas, permit à M. le Professeur Weiss de porter immédiatement son diagnostic. En passant en revue les différentes observations de kystes hydatiques multiples, on y trouve presque toujours, au moins dans celles qui sont détaillées, les signes d'une rupture antérieure. Les symptômes qui accompagnent cette perforation ont parfois tellement frappé l'esprit

des malades qu'ils en ont conservé un souvenir des plus nets, dix, vingt et même trente ans après l'accident. Malheureusement, les signes de la rupture sont souvent frustes et ce n'est qu'un interrogatoire détaillé, bien conduit, qui pourra réveiller la mémoire des malades. Il faut surtout insister sur l'existence d'une poussée d'urticaire accompagnée de douleurs et symptômes péritonéaux.

OBSERVATION 51

DEBOVE-SOUPAULT. — Bulletins et Mémoires de la Société des Hôpitaux, 9 décembre 1892.

Malade de 17 ans, cartonnière. Prise brusquement, sans effort ni chute préalables, d'une douleur très vive dans l'hypocondre droit, s'irradiant ensuite dans tout l'abdomen, et suivie de ballonnement du ventre. Par ponction, puis laparotomie, on recueille un liquide contenant des membranes et des crochets.

On avait cru, en raison de l'état général de la malade, à une péritonite tuberculeuse, un interrogatoire plus attentif apprend que, antérieurement à son accident aigu, elle eut une éruption d'urticaire généralisé. Il parut vraisemblable alors, quoique l'on n'eût pas constaté de tuméfaction du foie, qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine, probablement après avoir perforé les voies biliaires, car on trouve une grande quantité de bile dans le liquide examiné.

La malade, guérie, revint un an après ; son ventre a grossi ; dans la fosse illiaque gauche, tuméfaction légère,

à deux ou trois centimètres de l'aine gauche, masses dures et irrégulières. Anorexie, fièvre.

Ponction de la tumeur de la fosse iliaque gauche donnant issue à un pus jaunâtre. Laparotomie médiane ; poche à peu près vide de pus, à parois sanieuses. Le toucher rectal révèle un prolongement de la poche dans le cul-de-sac recto-vaginal. Mort.

Autopsie : Péritoine sain, poche ponctionnée, vide, située au-dessus de l'utérus, empiétant sur la fosse iliaque gauche et avec prolongement dans le cul-de-sac recto-vaginal. Autre kyste, au-dessus de la vessie, rempli de pus, sans lambeaux hydatiques. Le long de la fosse iliaque et du rectum, et dans l'épaisseur du ligament large, un quinzaine de kystes du volume d'une noisette, contenant un liquide incolore avec de nombreuses vésicules hydatiques. Le foie présente à sa face inférieure, un kyste du volume d'une orange, à parois épaisses, jaunâtres, contenant du pus, sans hydatides. Pas de trace de trajet fistuleux faisant communiquer le kyste avec le péritoine ou avec les voies biliaires.

L'étude des commémoratifs pourra nous apprendre aussi si le malade fut opéré d'un kyste du foie ou d'un autre organe et quel fut le mode de traitement. Nous verrons, en effet, que la ponction, même correctement faite, est responsable de bien des généralisations de l'infection hydatique.

Enfin, l'étude des antécédents familiaux peut présenter un certain intérêt. Si des parents du malade, ayant vécu avec lui de la même vie, sont porteurs de kystes hydatiques, il est probable que les mêmes causes qui ont amené la présence du tœnia dans les orga-

nes d'un des membres de la famille, ont produit les mêmes effets chez le patient. De pareils faits ont été observés (Dévé, Guinard).

OBSERVATION 52

Ferval. — Des kystes hydatiques du bassin, intra-péritonéaux primitifs ou secondaires. Thèse de Paris, 1900.

Marie L..., âgée de 22 ans, entre à Cochin le 1er décembre 1897. Pas d'antécédents du côté des ascendants. La sœur de la malade a été opérée dans le service pour des kystes hydatiques multiples du péritoine ; actuellement, elle a encore un gros kyste de la face convexe du foie.

Six mois avant son entrée à l'Hôpital, règles irrégulières, fatigue après le moindre effort, appétit capricieux, vomissements sans cause apparente. Deux mois avant son entrée, crise sérieuse qui dure huit jours, pendant laquelle Marie L.... souffre de douleurs terribles dans le ventre et a des vomissements glaireux. Quelques pertes blanches.

A l'examen, on trouve l'utérus relativement peu mobile et une tumeur dans le cul-de-sac droit, proéminant surtout dans le cul-de-sac postérieur. Diagnostic : salpingite droite.

Opération le 6 décembre. On trouve : 1° l'épiploon criblé de kystes hydatiques dont le volume varie de celui d'un pépin d'orange à celui d'une noisette ou d'une mandarine. Extirpation complète de l'épiploon.

2° Un kyste hydatique du ligament large droit se prolongeant à droite, sur le ligament, adhérant à l'os iliaque et à l'utérus. Extirpation.

3° Un kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas adhérant fortement au vagin et au rectum.

Excision d'une grande partie du kyste, l'extirpation totale de la membrane hydatique étant rendue impossible par suite des adhérences avec le rectum. Drainage abdominal du kyste.

La malade sort le 27 janvier 1898 ; elle est assez bien portante et sa plaie est cicatrisée.

Pour discuter plus facilement le diagnostic, nous envisagerons successivement les kystes suivant leurs localisations les plus fréquentes et nous passerons en revue les kystes sous-diaphragmatiques, abdominaux et pelviens :

Kystes sous-diaphragmatiques.

Les kystes sous-diaphragmatiques peuvent, de par leur situation, simuler bien des affections pleuro-pulmonaires. Leurs principaux symptômes étant la toux (causée par l'irritation pleurale), et la dyspnée d'effort, premiers symptômes de la tuberculose, ces malades sont fréquemment considérés comme des tuberculeux. Ils le sont d'autant plus facilement que souvent l'état général peut être médiocre, car sous l'influence de l'intoxication hydatique ou du développement des germes échinococciques, le malade maigrit ; mais l'auscultation permet de rejeter ce diagnostic, car si l'on entend quelques râles fins de congestion, ceux-ci siègent à la base où la localisation tuberculeuse est rare. Il peut exister évidemment des coïncidences, et tel malade tuberculeux peut être porteur de kystes hydatiques, mais ces cas sont rares.

Pour confirmer le diagnostic, la cuti-réaction, l'ophtalmo-réaction peuvent être employées et donner des indications précieuses.

Ces moyens de diagnostic peuvent aussi donner des renseignements intéressants chez les pleurétiques. Souvent, en effet, sous l'influence de l'irritation chronique causée par le développement continu des kystes, il peut se produire une exsudation pleurale, mais cet épanchement est le plus souvent minime et l'examen du liquide prélevé ne donne pas les mêmes résultats cytologiques que dans les épanchements d'origine tuberculeuse.

Il ne s'agit pas non plus de pleurésie chronique. Si, comme dans ces cas, par suite du développement des kystes, la base du thorax s'élargit, les côtes se déjettent, le foie paraît abaissé, le cœur déplacé, cette apparence est souvent trompeuse, car les kystes siégeant en avant et au-dessous du foie peuvent simuler une descente hépatique, d'autres, périspléniques, peuvent déplacer le cœur. Il n'est pas jusqu'aux signes d'auscultation qui peuvent être simulés. Si le murmure vésiculaire est faible ou presque nul à la base, c'est que, parfois, les kystes repoussent le poumon vers le haut. Mais, nulle part, on n'entend de souffle, l'égophonie n'existe pas et au point de jonction de la matité et de la sonorité, il n'existe ni chevrotement, ni altération de la voix. Enfin, tandis que dans la pleurésie la ligne de matité a son maximum au niveau de l'aisselle, dans le cas d'échinococcose elle est plus circonscrite et s'abaisse soit en avant, soit en arrière. Ici encore, comme dans les cas de pseudo-tuberculose,

l'examen radiographique montrant le poumon sain, mais repoussé par le diaphragme, bosselé, déformé, rejeté vers le haut, permettra d'éliminer la pleurésie tuberculeuse ou chronique.

Mais l'image radiographique peut donner le change et, en raison de ces bosselures multiples, faire penser à un cancer. L'erreur fut commise (Gougenheim, Segond), mais la forme des bosselures n'est pas identique. L'état général s'altère plus rapidement, l'évolution est différente, les tumeurs, au lieu d'être dures, rénitentes, sont molasses, pâteuses, de plus il existe des ganglions qui ne sont jamais intéressés en cas d'hydatidose.

Les affections du foie peuvent parfois donner le change. Il peut s'agir de kystes multiples du foie, seul intéressé, mais il est assez délicat, par un simple examen, de savoir s'il s'agit de kystes primitifs ou secondaires et seuls, le toucher vaginal ou rectal, la palpation de l'abdomen permettront d'émettre des probabilités à ce sujet, en faisant connaître l'absence ou non de greffes dans les parties déclives du péritoine.

On a pu parfois se demander s'il ne s'agissait pas de syphilis du foie (Lacombe). Les renseignements fournis par le malade sur la date d'apparition du chancre primitif ; l'absence ou la présence d'accidents secondaires ou tertiaires et enfin et surtout l'influence du traitement spécifique permettront de résoudre le problème. Disons simplement que les gommes du foie sont le plus souvent peu nombreuses, qu'elles existent à des stades différents, parfois dures, parfois ramollies, et qu'elles donnent, dans ces cas, une sensation

particulière ressemblant fort à celle produite par la palpation des kystes hydatiques de même volume.

Les gros foies, souvent accompagnés de grosses rates sont le plus souvent lisses, s'accompagnant d'ascite de circulation collatérale. L'histoire du malade, l'évolution de son affection feront faire le diagnostic.

Les symptômes péritonéaux des kystes sous-diaphragmatiques ne diffèrent en rien de ceux des kystes de l'étage moyen, nous les étudierons avec eux.

Kystes abdominaux.

Examinons tout d'abord les cas accompagnant l'épanchement péritonéal libre. Si l'ascite simple, banale, s'accompagne de circulation collatérale, l'existence d'une échinococcose secondaire ne devra pas être longtemps discutée, car cette coexistence est rare. Il sera plus difficile de différencier l'ascite accompagnant la tuberculose péritonéale.

OBSERVATION 53

TUSINI. — Clinica Chirurgica, 1900.

Il s'agissait d'une femme de 51 ans, entrée à l'Hôpital le 10 mai 1897.

Début des troubles en septembre 1896, douleurs épigastriques, vomissements, fièvre accompagnée de sueurs nocturnes. En octobre, l'abdomen commence à se tuméfier et augmenter lentement, mais progressivement de volume.

A l'examen, ventre développé, circulation veineuse sous-

cutanée, ombilic proéminant, pléiades ganglionnaires inguinales. Epanchement abdominal mobile avec la position de la malade, fluctuation nette. Foie et rate paraissant dans un état normal.

Diagnostic : probablement péritonite tuberculeuse.

A l'opération, après écoulement d'une grande quantité d'un liquide jaunâtre, très trouble, chargé de flocons blancs et grisâtres qui le faisaient ressembler au liquide de certaines péritonites tuberculeuses, avec abondant dépôt fibrino-caséeux, on avait extrait du bas-fond pelvien des débris de membrane vitrée et deux petites vésicules hydatiques opaques, gélatineuses et vides. La cavité péritonéale une fois débarrassée de son contenu, on avait constaté que le péritoine était tapissé par une sorte de membrane enveloppant tous les viscères abdominaux, et constituée par un tissu lardacé renfermant un grand nombre de petits nodules gris jaunâtres, friables, semblant formés par une substance caséeuse (l'examen histologique révéla qu'il s'agissait de pseudo-tuberculose hydatique).

En haut, la poche se continuait avec le foie qui, par une partie de sa face inféro-postérieure, formait la voûte de cette sorte de sac.

Après un nettoyage complet du sac, pour enlever toute la masse grise adhérente, on tenta en deux points, d'enlever la membrane de néo-formation. Mais il y avait de telles adhérences de la masse intestinale, qu'on jugea peu prudent d'insister et qu'on arrêta cette tentative de décortication.

Tamponnement et drainage.

Suites opératoires : d'abord légèrement fébriles avec sécrétion abondante par les drains. Bientôt amélioration rapide.

La malade sort de l'Hôpital le 11 juin 1897.

Trois ans plus tard, l'ancienne opérée pouvait se livrer aux travaux fatigants des champs. La guérison pouvait être considérée comme définitive.

Selon Le Nouëne, la simple constatation chez un malade ascitique, d'un kyste du foie ou de la rate, devrait faire prévoir la possibilité d'une pseudo-tuberculose hydatique du péritoine, mais souvent la notion de kystes antérieurs manque et le problème reste entier. Qu'il s'agisse de tuberculose péritonéale ou de pseudo-tuberculose échinococcique, l'état général est médiocre. Il existe des douleurs, spontanées ou à la pression, des troubles digestifs ; la palpation abdominale ou seule ou combinée avec le toucher vaginal ou rectal permet de percevoir des masses plus ou moins volumineuses. La percussion du ventre montre une matité en damier ; quant à l'épanchement, il reste très souvent discret, mais s'accompagne fréquemment d'une légère élévation de la température. Celle-ci, en cas d'hydatidose, peut résulter ou d'un kyste rompu, ou d'un dernier reste de l'intoxication qui a suivi la rupture. Mais le plus souvent, dans la tuberculose péritonéale, les ganglions inguinaux sont augmentés de volume et un peu douloureux ; il en est parfois de même des ganglions axilaires. Enfin, le plus souvent, des lésions pulmonaires, plus ou moins discrètes, mettent sur la voie du diagnostic. Mais une question se pose : l'échinococcose est-elle primitive et l'ascite secondaire ou bien la tuberculose est-elle venue se greffer sur un organisme en état de moindre résistance tel que celui des porteurs de germes hyda-

tiques ? Le problème est difficile à résoudre et l'intervention elle-même ne pourra quelquefois pas trancher la question. Parfois, même le ventre ouvert, le chirurgien pourra hésiter et se demander s'il s'agit bien de péritonite tuberculeuse ou de pseudo-tuberculose échinococcique ? S'il y a coexistence de tubercules et de kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin, l'erreur n'est plus de mise et ses effets, quoique différents, relèvent de la même cause. Mais s'il n'existe que des granulations, l'analogie des lésions est telle, que, seul, l'examen microscopique permettra de faire le diagnostic, à moins que l'interrogatoire ne permette de retrouver, à une époque peu éloignée, les signes d'une rupture : douleurs brusques, affaissement d'une tumeur préexistante, collapsus, vomissements, péritonisme... Mais s'il s'est agi d'une forme fruste de rupture ? L'examen du sang pourra, dans ces cas, donner des indications intéressantes.

OBSERVATION 54

ALBERTI. — Thèse d'Alger, 1901.

Frédéric L..., âgé de 16 ans, entre au mois de juillet 1899 dans le service de M. le Professeur Curtillet.

L'enfant, qui a eu la rougeole à 10 ans, puis de fréquentes bronchites, a depuis fort longtemps un gros ventre. Au mois d'octobre 1898, le malade entre à l'Hôpital de Fort-National, pour y faire soigner une bronchite. Peu après son entrée, le ventre se ballonne, et en moins d'un

mois atteint un volume qui attire l'attention des médecins.

On note à ce moment de l'oligurie et de la pollakiurie. On fait alors une première ponction abdominale qui ne ramène que quelques centimètres cubes de liquide clair. Cette première ponction est suivie d'une augmentation rapide du volume du ventre. Il n'y a plus aucun signe de bronchite, mais la dypsnée persiste. Du mois de décembre 1898, au mois d'avril 1899, on fait six ponctions sans meilleur résultat. Constipation fréquente.

Il y a quelques vomissements et des selles souvent striées de sang. L'état général devient mauvais, l'enfant maigrit.

Au mois de juillet 1899, le petit malade entre à l'Hôpital de Mustapha avec le diagnostic de carreau.

Les membres sont grêles et le ventre est énorme. A la région axillaire et inguinale existent de nombreux ganglions. Le ventre ballonné, lisse, tendu, marbré par la circulation collatérale évase le bord inférieur du thorax.

La matité est généralisée, sauf au niveau de l'estomac et remonte jusqu'au quatrième espace. Il n'existe pas de fluctuation abdominale et la palpation fait découvrir de nombreuses nodosités dont l'ensemble forme un gâteau semblable à celui que présente la péritonite tuberculeuse. Les antécédents héréditaires et les signes actuels sont en faveur du diagnostic d'entrée qui d'ailleurs est adopté sans examen plus approfondi. L'auscultation ne révèle que quelques râles de bronchite dans les deux poumons. On décide de traiter l'affection par la laparotomie et l'exposition à l'air du péritoine.

Juillet 1899. — Anesthésie à l'éther. Incision ombilico-pubienne, faite avec beaucoup de soins et de prudence pour ne pas ouvrir une anse intestinale adhérente. Le tissu sous-péritonéal est infiltré et gélatineux. Le péritoine est ouvert prudemment sur la sonde cannelée.

Les doigts passés sous la paroi abdominale constatent l'existence d'un grand nombre de tumeurs plus ou moins sphériques variant du volume d'une noix à celui d'un citron ; la plupart sont adhérentes à la paroi. Leur nature n'étant pas déterminée, on amène au dehors une partie de la masse. Elle est extirpée puis reconnue. L'incision est prolongée au-dessus de l'ombilic ; la main pénètre plus profondément dans l'abdomen en rompant les adhérences pariétales, et en faisant éclater de nombreuses vésicules plus ou moins volumineuses. Le nombre des tumeurs est considérable : le bassin, l'abdomen et le thorax en sont comblés. Le foie refoulé très haut n'est pas accessible et le diaphragme auquel adhère la masse ne peut être atteint. Extirpation du tablier épiploïque farci de tumeurs. Il s'étale sur une surface de plusieurs décimètres carrés. Un délabrement trop considérable serait nécessaire pour nettoyer complètement l'abdomen. Le traumatisme opératoire serait considérable. Il est donc jugé dangereux de pousser plus loin l'intervention et l'abdomen est refermé ; des mèches de gaze sont placées dans les parties déclives pour le drainage de la cavité abdominale.

Dans la journée et le lendemain, constipation et vomissements porracés. Le ventre très affaissé après l'opération semble se gonfler de nouveau : météorisme et fièvre. L'enfant meurt dans la nuit.

Autopsie. — Le bassin est farci de tumeurs au milieu desquelles on reconnaît difficilement la vessie et le rectum. Les intestins sont soufflés, distendus et transparents.

Quelques adhérences aux reins et au pancréas. Le foie creusé d'une infinité de cavités, morcelé, déchiqueté, est méconnaissable ; son tissu propre a presque complètement disparu. La surface est très irrégulière, sa face convexe possède quelques vésicules qui d'autre part se logent en partie dans le diaphragme. Une coupe de foie montre

plusieurs hydatides du volume des premières dans son intérieur, et quelques plaques cicatricielles qui semblent dues à d'anciennes vésicules ouvertes et guéries.

Kystes de la rate et du diaphragme.

Les plèvres diaphragmatiques sont soulevées par des tumeurs qui font hernie dans la cavité thoracique. Dans la plèvre droite, deux de ces vésicules sont entièrement sus-diaphragmatiques ; elles ont chacune un pédicule qui les rattache au diaphragme et sont du volume d'un œuf. Au niveau du kyste hydatique, les fibres musculaires du diaphragme ont complètement disparu et ne sont recouvertes que par une mince lame fibreuse et la plèvre.

Les plus grosses vésicules, d'ailleurs assez nombreuses, étaient du volume d'un citron et semblaient contemporaines ; les autres avaient le volume de la tête d'une épingle. Les plus petites, très nombreuses en certains points ressemblaient à un semis tuberculeux.

L'épanchement dans la cavité péritonéale de liquide citrin peut accompagner de nombreuses affections. Tous les cancers des organes abdominaux peuvent, au cours de l'évolution, présenter, en même temps qu'un état général déficient, une ascite libre, apparue lentement, insidieusement le plus souvent. L'interrogatoire du patient, l'étude des symptômes accompagnant l'affection, l'existence des ganglions, l'examen microscopique des selles, l'analyse du résidu d'un lavage gastrique, permettront très souvent de faire le diagnostic. Celui-ci sera rendu encore plus facile, si, par le toucher rectal ou vaginal, on peut trouver le siège de la tumeur primitive. Cette recherche sera encore facilitée si l'on pratique une ponction qui, vidant l'ab-

domen, permettra une palpation plus complète et surtout plus délicate. Cette ponction présente encore un autre avantage, c'est que l'examen du liquide recueilli pourra permettre parfois de reconnaître l'origine de l'ascite. En effet, il peut contenir des cellules néoplasiques, dont la nature varie suivant l'origine de la tumeur qui leur a donné naissance.

Le liquide de la ponction peut être teinté et alors les hypothèses se limitent. S'il s'écoule un liquide chyleux, il ne peut s'agir d'échinococcose.

L'épanchement peut être jaune verdâtre, bilieux, louche et l'examen spectroscopique et l'analyse chimique permettent d'affirmer que le liquide contient réellement de la bile. C'est qu'il existe une lésion des voies biliaires et leurs causes sont peu nombreuses.

L'interrogatoire permettra d'éliminer facilement les écoulements de bile à la suite d'une plaie pénétrante de l'abdomen. On pourra aussi connaître s'il s'agit d'une suite d'un traumatisme sans plaie de la région hépatique. La filiation des accidents dans ces cas est nette, et permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas alors d'une rupture d'un kyste hydatique dont les symptômes sont assez nombreux et assez particuliers pour permettre de les différencier.

L'existence de coliques hépatiques antérieures, une fièvre typhoïde récente, peuvent expliquer facilement une perforation de la vésicule biliaire : notons qu'il s'agit souvent, dans ces cas, de péritonites enkystées.

Si rien dans les antécédents ne vient excuser l'existence de bile dans l'abdomen, si on n'a relevé aucun signe de rupture d'un kyste hydatique, le problème

est plus difficile. C'est pour ces cas que M. Dévé écrit : « En face d'un cholépéritoine aseptique, total, survenu spontanément, on devra penser, en première ligne, à la possibilité de son origine hydatique. » En effet, quand la rupture des voies biliaires se produit sans autre cause, c'est le plus souvent sous l'influence d'une affection antérieure qui ne laisse pas un long temps de latence, et l'élévation de la température, la sensibilité abdominale auront facilité le diagnostic de « rupture par infection ». On ne peut guère différencier ces cas de ceux qui ont accompagné une rupture d'un kyste suppuré du foie, mais comme cette affection demande le même traitement d'urgence, l'erreur ne sera jamais nuisible.

Si le liquide retiré par la ponction est hémorragique, il s'agit plutôt de tumeurs en voie de généralisation, car l'hémorragie qui accompagne la rupture d'un kyste, ou bien est minime, insuffisante à teinter le liquide ascitique et disparaît rapidement, ou bien est très abondante et amène la mort rapide du malade.

La péritonite enkystée donne rarement le change et dans ces cas, l'examen complet de la cavité péritonéale, ne montrant rien de suspect, permettra d'éliminer le diagnostic de kystes hydatiques.

Si la nature des épanchements péritonéaux est souvent difficile à diagnostiquer, il peut en être de même de certaines lésions des différents organes de l'abdomen. Nous passerons rapidement en revue celles qui peuvent donner plus facilement le change.

On a pu confondre des kystes hydatiques multiples avec des fibromes de la paroi, mais ces masses sont

dures, non fluctuantes, encore perceptibles malgré la contraction des muscles de l'abdomen. L'état général n'est pas touché, enfin le toucher rectal ou vaginal ne décèle pas l'existence d'autres tumeurs pelviennes.

Les exostoses ne peuvent être longtemps cause d'erreur. Il s'agit de tumeurs circonscrites, mamelonnées, mais irrégulières et surtout absolument immobiles. La radiographie, en montrant leurs formes et leurs contours, souvent même leur texture grossière, permettra de les différencier des kystes hydatiques.

Eliminons de suite les tumeurs rares, telles que les myxomes. Bien qu'ayant une évolution lente, ils peuvent se généraliser, influencent l'état général et envahissent à la fois mésentère et épiploon. Ce sont des tumeurs mollasses, se laissant déprimer, sans grande consistance quand elles sont pures.

Le myxome est souvent associé au sarcome, mais la marche de ces tumeurs mixtes est rapide ; elles forment des masses indurées, irrégulières, absolument fixes, et leur envahissement est très limité.

Les chondromes, rares eux aussi, sont des tumeurs circonscrites, mamelonnées, de consistance très dure, inégale. Leur point d'implantation se trouve sur les os du bassin qui sont très souvent envahis. L'association du sarcome et du chondrome hâte l'évolution de cette tumeur, tout en leur laissant bien leurs caractères.

Le sarcome kystique, surtout osseux, présente une surface inégale, il est fluctuant, mais bosselé, adhérent et l'auscultation permet souvent d'entendre un bruit

de souffle bien particulier. Enfin les symptômes de généralisation pulmonaire ou vertébrale apparaissent rapidement et font faire le diagnostic.

Certaines lésions rénales peuvent aussi donner le change. On a pu, se basant sur la fluctuation, prendre des hydronéphroses volumineuses pour des kystes hydatiques, mais l'existence de coliques néphrétiques antérieures, le cathétérisme urétéral permettront de rectifier ce diagnostic. Si un rein flottant peut simuler un kyste, si la douleur qui l'occasionne peut induire en erreur, surtout s'il existe des irradiations lombaires ou pelviennes, un examen méthodique ou une radiographie permettront de contrôler ces sensations ou de les rectifier.

OBSERVATION 55

LATARJET. — Société des Sciences Médicales de Lyon, 25 novembre 1903.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, qui remarqua, il y a quatre ans, une légère voussure au niveau du bord costal gauche. Sans jamais provoquer de phénomènes abdominaux ni de gêne, la tumeur augmente beaucoup de volume surtout depuis un an.

A la palpation, tumeur irrégulière, bosselée, sans bord tranchant, occupant toute la partie supérieure gauche de l'abdomen, comblant en totalité la fosse lombaire.

A la percussion, on délimite son contour supérieur qui, en avant, répond à la septième côte. Malgré l'absence de sonorité côlique en avant, malgré la présence d'une zone sonore en arrière, entre la tumeur et la colonne ver-

tébrale, on fit le diagnostic de « tumeur rénale ». La tumeur coiffée en avant d'une sorte de brioche molasse, l'impossibilité de trouver un bord tranchant, une incisure, avaient fait écarter, après une longue discussion, la possibilité d'une splénomégalie.

Jamais de symptômes urinaires. La malade avait été opérée deux ans auparavant d'une tumeur cutanée de la jambe, on fit le diagnostic de « sarcome du rein ».

La veille de l'opération, le toucher vaginal fit reconnaître une tumeur pelvienne très mobile, qui semblait comme suspendue entre la paroi abdominale et le plancher pelvien. Au-dessous d'elle, existait une seconde masse située plus profondément mais ayant les mêmes caractères de mobilité.

Opération le 21 novembre :

1° Ablation de la première tumeur kystique incluse dans l'épiploon, mais adhérente à la paroi et au bord du détroit supérieur. On trouve une tumeur hydatique. On l'enlève et, par la même incision, on extirpe la deuxième tumeur incluse dans l'épiploon. (Ces deux ablations se font en dehors de l'abdomen.)

2° Deuxième incision, latérale et verticale, sur le rebord costal, jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La tumeur bleuâtre est adhérente à l'épiploon, mais surtout en arrière à la paroi lombaire. Section d'adhérences. On peut alors luxer la masse en dehors. On trouve la rate transformée en un kyste hydatique. La portion saine coiffe comme un casque la face antéro-externe de cette masse. Ligature de l'épiploon gastro-côlique. Quelques ligatures épiploïques. L'hémostase paraît complète, néanmoins on laisse un léger tamponnement.

C'est le cancer de l'épiploon qui expose le plus à

l'erreur (Lannois). Au début, ce cancer et surtout le cancer primitif est le plus souvent latent, il donne donc peu ou pas de symptômes, comme au cas de kyste hydatique, et pour ajouter encore à la confusion, il existe des tumeurs multiples de part et d'autre. Mais les nodules cancéreux sont inégaux, irréguliers, comme étalés sous la paroi abdominale, tandis que les kystes ont une consistance uniformément élastique dans toute l'étendue de la tumeur (Péan). De plus, la marche est très différente, le cancer évolue vite et l'apparition rapide d'une ascite hémorragique plus ou moins abondante, accompagnant une cachexie rapide, fera faire le diagnostic.

OBSERVATION 56

Costa. — Congrès médical de Sicile, Palerme, 1903.

Malade qui, ayant été considéré comme atteint de sarcomatose abdominale, avait été abandonné à son sort.

Costa pratiqua la laparotomie, fit le diagnostic d'échinococcose multiple. La masse principale était implantée sur le grand épiploon ; l'auteur enleva trois kystes attachés aux parois vésicales, comme pédiculisées, réunies à la vessie par une sorte de tissu lâche, vascularisé.

Suites opératoires bonnes. Trois mois après l'opération, à la suite d'une promenade prolongée, le patient tombe malade, prend de la fièvre et succombe après un mois de fièvre hectique.

A l'autopsie, on trouve quatorze kystes, dont un énorme dans le rein.

Les tumeurs du mésentère peuvent être parfois troublantes, mais la constatation de la présence de plusieurs anses abdominales en avant de la tumeur, sa mobilité dans un seul plan, l'absence de tumeurs pelviennes, feront éliminer l'hypothèse de kystes hydatiques. La même objection pourrait se faire pour les kystes du pancréas, mais, ici, l'examen chimique des selles, souvent diarrhéïques, montre une intégrité partielle des graisses. L'ingestion à doses médicamenteuses de salol qui sera éliminé sans dédoublement en acide salycilique et phénique (signe de Sahli) montre le trouble de fonctionnement de la glande et indique l'origine de la lésion.

Ces diagnostics, que nous avons tenu à rappeler, se présentent du reste rarement, mais la discussion est beaucoup plus importante et beaucoup plus délicate, lorsqu'il s'agit d'interpréter les lésions des différents organes pelviens, surtout chez la femme, et de les différencier des kystes hydatiques multiples.

Kystes pelviens.

Ce sont les tumeurs de l'ovaire qui ont le plus souvent prêté à confusion, surtout lorsqu'il s'agissait de kystes multiloculaires.

OBSERVATION 57

Bonamy. — Société des Chirurgiens de Paris, 8 décembre 1911.

Une jeune fille de 19 ans me fut adressée le 30 septembre 1908, pour une tumeur abdominale.

La malade a les traits tirés, fatigués ; elle est pâle, anémiée, d'aspect squelettique.

On la prendrait volontiers pour une tuberculeuse à la période de cachexie. Elle est malade depuis de longues années, et soignée depuis fort longtemps pour une inflammation du ventre qui a grossi peu à peu.

Une ponction aurait été faite il y a plusieurs mois, par le médecin, ponction qui aurait ramené un liquide louche, foncé, couleur de chocolat.

L'abdomen est en effet proéminent, globuleux, avec une vascularisation sous-cutanée exagérée.

La palpation y décèle plusieurs masses volumineuses assez distinctes les unes des autres, occupant l'hypogastre et les flancs.

Elles semblent fluctuantes et du volume d'une grosse noix de coco.

L'une, plus grosse, est située sous le foie et semble mobile.

La palpation est indolente.

Le toucher vaginal est impossible.

Température normale. Urines sans albuminurie ni sucre.

J'avoue n'avoir pas songé à la possibilité de kystes hydatiques, d'autant que la malade n'avait jamais présenté d'urticaire et que la ponction précédemment pratiquée chez la malade avait ramené, m'avait-on dit, un liquide de couleur chocolat. Je pensais donc être en présence d'un kyste de l'ovaire plus ou moins lobulé, dermoïde peut-être, et j'opérai le 3 octobre 1908, ayant fait un pronostic assez sévère à cause de l'état général précaire.

Chloroforme. — Laparotomie médiane large. Je trouve dès l'ouverture du péritoine plusieurs masses arrondies, d'apparence opaline, leur paroi est tendue, leur contenu liquide est incolore.

Le diagnostic se précise et je pense de suite à une prolifération d'échinocoques intra-abdominale, d'autant que ces masses, au nombre de six, de volume variant entre une mandarine et une tête de fœtus à terme, n'ont pas de pédicule.

L'épiploon leur forme une enveloppe discontinue que l'on peut comparer aux mailles du filet qui entoure le ballon.

Avec toutes les précautions possibles d'asepsie et cherchant à éviter la contamination possible du péritoine par le liquide hydatique, je les énuclée les unes après les autres, très facilement, en réséquant la plus grande partie de l'épiploon.

Contrairement à mon habitude, je ne pratiquai pas le formolage, car d'une part je n'avais pas la solution sous la main et d'autre part même, en pareil cas, le formolage eût été d'une utilité douteuse, car outre les six gros kystes déjà cités, je m'aperçus que l'abdomen en entier était farci de petits kystes hydatiques implantés un peu partout, sous le foie, la rate, l'intestin, l'estomac.

J'étais donc en présence d'une véritable inondation péritonéale échinococcique, contre laquelle, en vérité, il n'y avait rien à tenter. J'enlevai des quantités de ces petites tumeurs, convaincu, du reste, que je faisais acte inutile ; j'ajouterai maintenant probablement nuisible, car c'est sans doute au cours de ces dissections pénibles que la résorption hydatique fatale a dû se produire.

Le liquide contenu dans les kystes n'avait rien de caractéristique si ce n'est sa limpidité, sauf toutefois pour l'un des gros kystes d'où s'échappaient des hydatides filles.

Je suturai l'abdomen en un plan, après avoir placé un drain dans le petit bassin. Nulle part je ne trouvai trace du kyste anciennement ponctionné à contenu liquide, couleur chocolat.

L'opération avait duré trois quarts d'heure.

C'est à 4 heures de l'après-midi, c'est-à-dire six heures après l'acte opératoire, que mes internes me téléphonèrent que la malade n'allait pas, et me demandèrent de venir de suite car, me disaient-ils, la jeune fille présentait des symptômes graves d'hémorragie interne.

Je me rendis de suite à l'Hôpital et voici ce qui me fut raconté : le réveil fut long, pénible, le pouls qui avait été normal, à 100 jusqu'à midi, s'était peu à peu affaibli et avait augmenté de fréquence. La malade avait vomi vert, porracé, elle était agitée et avait eu des syncopes.

Je remarquai une pâleur exagérée de la face, le nez était effilé, les yeux caves, hoquet et nausées. Le pouls était petit, filiforme, presque incomptable, les extrémités froides avec des tendances à la cyanose.

La malade, agitée, ne se plaint d'aucune douleur précise.

L'abdomen est normal, un petit écoulement sanguinolent, d'allure sans importance, a suinté par le drain.

J'avoue que ma perplexité fut grande et, bien qu'il n'y eût pas un complexus suffisant de symptômes pour imposer le diagnostic ferme d'hémorragie interne, je m'arrêtai cependant à cette dernière hypothèse. C'était la seule rationnelle qui pût m'expliquer une partie des symptômes graves que j'observais.

Convaincu que l'un des pédicules épiploïques avait lâché, je me décidai à une laparotomie itérative sous chloroforme.

Je m'aperçus vite que mon hypothèse d'hémorragie interne était fausse, car à part une légère sérosité roussâtre accumulée dans le Douglas, aucune hémorragie n'avait eu lieu.

Je refermai rapidement l'abdomen et donnai l'ordre de soutenir les forces de la malade par des injections de sérum, d'éther et d'huile camphrée.

Malgré tout ce que l'on put faire, la malade mourait à 9 heures du soir, avec une température de 40°5, un pouls incomptable et une agitation extrême.

OBSERVATION 58

DARAIGNEZ. — Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 1906, p. 169, 7 octobre.

A..., 25 ans. Jeune femme, se plaint depuis trois ans de douleurs et de gêne dans le bassin. Etat général bon, on trouve dans la région hypogastrique un kyste peu mobile, du volume d'une tête d'enfant adhérant à l'utérus et paraissant plonger dans le cul-de-sac postérieur. Ventre un peu sensible à la pression.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire avec adhérences récentes. A l'ouverture du ventre on trouve un volumineux kyste, mais hydatique, qui vidé, laisse découvrir une autre tumeur assez volumineuse et de même nature dans le Douglas, ainsi que d'autres kystes en grand nombre, de volume variable, dans le petit bassin et dans toute la cavité péritonéale.

Marsupialisation de vingt-deux kystes. Guérison en trente jours. La malade reste dix mois après avec de la gêne et douleurs dans le ventre et l'abdomen, dont le volume ne faisait que s'accroître.

OBSERVATION 59

PARUSKY. — Chirurgie, 1908, p. 386.

Malade de 25 ans. Ascite et tumeur mamelonnée

volumineuse occupant l'hypocondre gauche et descendant dans le bassin. Diagnostic : tumeur maligne de l'ovaire ou de la rate. Laparotomie : liquide ascitique, grand épiploon farci de kystes hydatiques, dont la résection est rendue pénible par la dilatation des vaisseaux épiploïques et les adhérences multiples au foie, à l'intestin, au mésentère, au péritoine latéral.

En outre, un grand kyste et plusieurs autres moins volumineux occupent les faces supérieures et inférieures de la rate. Le tout fut enlevé. Guérison.

OBSERVATION 60

Spencer Wells. — Die Krankheiten der Ovarien. Uebers. von Grenser, 1874, S. 114.

Spencer Wells enleva par laparotomie (1870), trois ou quatre livres d'échinocoques de la grosseur d'un pois à celle d'une pomme et qui se trouvaient en grande partie dans l'épiploon et le mésentère, alors qu'il croyait avoir affaire à une tumeur ovarienne multiloculaire et nettement fluctuante. La principale particularité dans ce cas, c'était la présence de nombreux nodules durs qui semblaient dispersés ça et là en différents points de la paroi abdominale et qui auraient pu en imposer pour des noyaux secondaires d'un cancer de l'épiploon si la maladie n'avait pas duré déjà depuis douze ans sans entraîner de troubles notables dans l'état général. Le diagnostic fut nettement fixé par la ponction exploratrice, attendu que, dans le liquide clair qui fut retiré, se trouvèrent des vésicules très nettes. Plus tard on trouva également des crochets.

La laparotomie pratiquée, certains kystes sont enlevés

par ligature du pédicule, d'autres pour qui c'était plus difficile sont ponctionnés et les sacs ainsi vidés sont réduits dans l'abdomen.

La malade guérit complètement.

OBSERVATION 61

VIOLET et MURARD. — Progrès Médical, 30 mars 1912.

Mme M..., née Ch..., 36 ans, entre le 2 juillet 1911 à la Clinique gynécologique pour une tumeur de l'abdomen dont elle a remarqué le développement depuis quelques mois.

Toujours bien réglée, sauf quelques douleurs au moment de l'établissement des règles.

Mariée à 26 ans, n'a eu ni enfants ni fausses couches.

Elle a remarqué pour la première fois la tumeur au mois de février 1911. A cette époque, elle eut une affection aiguë ayant duré quelques jours, désignée du nom de grippe. Cette grippe coïncida avec l'époque de ses règles, mais celles-ci furent suivies d'un écoulement séreux rosé, d'ailleurs peu abondant et disparu après quelques jours. En même temps la malade remarqua l'existence d'une masse dans le flanc droit qui depuis a augmenté de volume progressivement.

Aucun signe nouveau n'est survenu. L'écoulement séreux, parfois un peu rosé, s'est reproduit dans l'intervalle des règles, mais toujours peu abondant.

Jamais d'ictère, jamais d'urticaire.

Aucune modification de l'état général. Pas d'amaigrissement. Pas de diminution de l'appétit.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme de bonne santé apparente, assez colorée. L'examen de l'abdo-

men révèle à première vue une bosselure dans le flanc droit, qui fait fortement saillie en avant en pointe. Cette bosselure, qui donne l'aspect d'un kyste de l'ovaire, correspond à une masse sentie à la palpation, qui se prolonge jusque dans la partie gauche du pelvis, mais cette masse n'est pas unique. Elle est composée de plusieurs poches, dont on sent au moins nettement trois.

Au toucher l'utérus paraît de volume normal. Le fond qu'on perçoit appliqué derrière la symphyse, est mal délimité. Dans le cul-de-sac latéral droit bombe une masse kystique dont l'impulsion se transmet à la poche abdominale la plus basse, l'ensemble de la tumeur est mobilisable en bloc. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire à poches multiples. Intervention le 8 juillet. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on trouve l'abdomen rempli d'une multitude de kystes, qu'on découvre les uns après les autres, et dont le nombre ira en augmentant à mesure que l'opération avancera.

On commence par dégager le pelvis. On enlève un kyste ovarique à gauche. L'utérus est lui-même porteur d'un kyste développé sur sa face postérieure, aux dépens du ligament large droit en partie. La trompe, en effet, s'enroule à sa surface et sur son pôle supérieur se trouve l'ovaire droit sain. Cette masse est enlevée par une hystérectomie subtotale.

On continue en extirpant tour à tour toute une série de petits kystes et de poches assez volumineuses, variant entre le volume d'une noisette et celui d'une grosse orange. Les uns sont développés sur le péritoine pariétal, les autres dans l'épaisseur du mésentère.

Au cours de la dissection d'un kyste pelvien, volumineux, on est obligé de disséquer de très près l'uretère gauche sur un trajet assez long. Une anse intestinale emprisonnée à la surface du même bloc est dépouillée de son méso sur

une longueur de quinze centimètres. On fait une résection et on anastomose bout à bout.

Après avoir enlevé toute une série d'autres kystes, on décide de s'arrêter, et on termine en fendant le moignon du col et en glissant une mèche dans le vagin. On péritonise autant qu'on le peut tous les points qui ont été la voie des énucléations et on referme sans drainage.

On laisse ainsi un certain nombre d'autres poches, notamment des poches pelviennes profondes, dont l'extirpation aurait été extrêmement difficile.

Au cours des manœuvres, un certain nombre de kystes se sont déchirés et ouverts dans le péritoine.

L'intervention a duré deux heures et quart.

16 juillet. — Aujourd'hui, la malade, qui n'est pas encore allée à la selle depuis l'intervention, se plaint d'un écoulement par la vulve. On constate qu'il sort par là, en effet, un peu de liquide jaunâtre, d'odeur fécaloïde.

Juillet 1912. — La malade qui a été revue se porte très bien. Elle n'accuse aucun signe de compression du petit bassin, on sent encore, dans le Douglas, la poche kystique laissée, mais qui n'a pas augmenté de volume.

Les tumeurs ovariques peuvent présenter la même absence de phénomènes généraux, les mêmes formes, la même indolence, la même évolution que les tumeurs hydatiques, mais si celles-ci sont rénitentes, le contenu de celles-là est moins dur, moins élastique, plus franchement fluctuant. Enfin, le petit bassin est le plus souvent libre, car le kyste ovarique tend à une évolution abdominale, tandis que le pelvis est, au contraire, fréquemment le siège d'hydatides. Parfois les kystes ont déterminé autour d'eux des processus inflammatoires, sont englobés au milieu d'adhérences ; il n'y a

plus alors de mobilité et l'on constate une masse bosselée qui peut parfois laisser dans le doute.

Les complications elles-mêmes des kystes ovariques ont pu donner le change. Sonntag pensait enlever un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, lorsqu'il se trouva en présence de kystes hydatiques. Schroder fit une erreur du même genre, lorsqu'il intervint pour extirper un kyste de l'ovaire, enclavé dans le bassin, qui n'était autre qu'une masse de greffes hydatiques.

La sensation de fluctuation est plus nette encore dans les kystes dermoïdes, qui présentent de plus une irrégularité de consistance parfois très nette et qui est caractéristique.

Quant au cancer de l'ovaire, il s'accompagne d'épanchement souvent hémorragique ; il évolue rapidement ; intéresse vite l'état général et l'ascite évacuée donne la sensation de masses irrégulières, de consistance plutôt dure, mais inégale. Le tout formant un bloc peu mobile.

Les affections des trompes ont aussi pu mettre le diagnostic en suspens. Les kystes hydatiques pelviens ont pu être pris pour des salpingites (Ferval), ou des salpingo-ovarites. Mais ici il existe une douleur très localisée, exacerbée par le toucher, la palpation abdominale, les périodes menstruelles, et l'interrogatoire retrouve souvent l'origine de l'infection salpingienne. Les poussées inflammatoires fébriles, dont se plaignent souvent les malades, peuvent être un sujet de doute, car elles peuvent être interprétées comme des ruptures de kystes hydatiques, mais la régularité de ces exacerbations, leur localisation, l'absence de

signes d'intoxication, feront disparaître toute hésitation.

Celle-ci sera parfois légitime, lors de la rupture de grossesse extra-utérine, avec formation d'hématocèle (Trousseau, Villard). Dans ces cas, le début brusque, la consistance assez dure de la tumeur, les douleurs vives ressenties par le malade, les phénomènes généraux accompagnant la rupture (collapsus, nausées, troubles circulatoires) sont assez trompeurs ; mais la suppuration fréquente ou tout au moins l'élévation de température assez habituelle, qui suit la formation de la collection, son évolution assez rapide, les signes utérins qui ont accompagné la rupture (métrorrhagie, expulsion de membranes) et parfois la coloration caractéristique de la muqueuse du cul-de-sac vaginal, viendront éclairer la situation. L'erreur est presque fatale si un kyste, jusqu'alors ignoré et silencieux, vient à s'enflammer et si ces manifestations douloureuses viennent à coïncider avec une période menstruelle.

On a moins souvent à discuter le diagnostic de grossesse extra-utérine. L'étude des commémoratifs (retard des règles, troubles digestifs et nerveux), l'examen des seins, la modification des pertes menstruelles, le changement de consistance du col, l'augmentation de longueur du corps utérin, donnent des renseignements intéressants.

Les affections utérines peuvent aussi donner le change. Les fibromes utérins, amenant des troubles de la menstruation et des troubles mécaniques par compression du rectum ou de la vessie, sont parfois des

plus trompeurs, mais les douleurs causées par les fibromes revêtent un caractère expulsif (Hugier) très spécial. Le toucher bi-manuel permet de se rendre compte des connexions de la tumeur, et de renseigner aussi sur la consistance, l'irrégularité des nodules fibromateux, toutes sensations bien différentes de celles obtenues dans le cas de kystes hydatiques. Il y eut cependant des erreurs commises : telles les observations d'Abadie, Dohrn, Péan.

OBSERVATION 62

Abadie (d'Oran). — Revue de Gynécologie, 1911, p. 463.

F..., 30 ans. Depuis dix mois, cessation des règles, après trois mois, métrorragies, amaigrissement rapide, a eu deux enfants, atteinte de paludisme. On constate plusieurs tumeurs voisines de l'utérus et paraissant faire corps avec lui, en grappe de chaque côté, déprimant la paroi vaginale postérieure.

Diagnostic : Utérus porteur de nombreux fibromes sous-péritonéaux.

Opération : 27 juin 1906. Laparotomie qui montre :

1° L'épiploon absolument bourré de kystes à paroi nacrée, que l'on reconnaît évidemment pour des kystes hydatiques. Leur volume est très variable, depuis une tête d'épingle jusqu'à un gros œuf, plus ou moins saillants et pédiculés, ils n'en sont pas moins tous développés dans l'épaisseur même de l'épiploon entre les feuillets péritonéaux ;

2o Le méso côlon, le petit épiploon, le mésentère, contiennent également de nombreux kystes de grosseur variable. Nous n'en sentons pas au niveau du foie ;

3° Mais ce qui est surtout étrange, c'est l'aspect général du péritoine tant pariétal que viscéral ; aussi bien à la surface de l'intestin que partout ailleurs, c'est un semis abondant de vésicules blanchâtres, opalines qui sont des kystes hydatiques à leur prime développement et nous ne pouvons nous empêcher de les comparer à une généralisation tuberculeuse.

Alors résection aussi étendue que possible du grand épiploon ; puis injection de formol dans les kystes les plus volumineux des mésos. Fermeture de l'abdomen. Suites normales.

Suites éloignées : Depuis lors, nous avons plusieurs fois revu la malade. Peu à peu, les kystes des méso côlons se sont développés et l'abdomen est bourré de tumeurs multiples dont la présence entraine des troubles digestifs par constipation d'origine mécanique.

L'état général se maintient assez bon pendant deux ans, puis s'altère progressivement et la malade meurt dans les premiers jours de 1910, après avoir refusé toute nouvelle intervention.

OBSERVATION 63

Dohrn. — Central Blatt fur Gynækologie, n° 8, février 1886.

Femme de 26 ans, ayant deux enfants, le dernier un an auparavant. Il y a cinq mois, elle s'est aperçue qu'elle avait à gauche, dans le ventre, une tumeur qui, depuis cette époque, augmente rapidement de volume et s'accompagne de malaises et de douleurs de plus en plus accusées.

On constate, à l'examen, une tumeur située à côté d'un certain nombre d'autres masses, mobiles et de différentes

grosseurs. La plus grosse a le volume d'une tête d'enfant. Les intestins sont fortement refoulés vers la droite, pas de sensibilité à la pression, on ne perçoit pas de frémissement hydatique, les tumeurs paraissent solides, sauf la plus volumineuse qui paraît fluctuante.

Il en existe une autre de la grosseur d'une pomme dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus, attiré en avant, est assez facilement mobilisable. La cavité mesurée avec l'hystéromètre paraît avoir les dimensions normales.

Diagnostic : Fibromes multiples sous-péritonéaux, liés à l'utérus par un mince pédicule. L'extirpation est résolue.

L'incision abdominale faite, apparaît au niveau de la plaie une poche à échinocoques recouverte par le péritoine, elle est enlevée après destruction des connexions qu'elle avait contractées et ligature des vaisseaux afférents. On en enlève successivement six qui, toutes, présentaient des adhérences avec l'épiploon. Les organes pelviens étant devenus apparents, on aperçoit deux autres poches ; l'une au niveau du fond de la matrice, l'autre dans les franges de la trompe gauche, tout près de l'ovaire de ce côté. On les extirpe ainsi que la poche plus volumineuse, qui occupe le cul-de-sac de Douglas.

L'examen microscopique permit de reconnaître les caractères habituels aux échinocoques. Guérison sans incidents.

OBSERVATION 64

PEAN (1891). — RICARD (1900). — Société de Chirurgie de Paris, 14 mai 1900.

Femme de 35 ans, souffrant d'un kyste du foie ; après deux ans, Péan fit l'hystérectomie vaginale pour fibrome

utérin. Il tombe sur un kyste à échinocoque du petit bassin, dont le liquide se répandit en partie dans l'abdomen. Deux ans après, on constate des tumeurs abdominales multiples.

Laparotomie : on enlève de nombreux kystes du rectum, de l'uretère, de la vessie, du cœcum. Les uns furent extirpés ; les autres ponctionnés et vidés.

En 1900, nouvelle opération par Ricard ; l'abdomen était farci de kystes hydatiques.

La situation se complique si la femme est enceinte, et s'il existe des fibromes multiples. Le cas par lui-même est rare, mais alors les fibromes étant ramollis ont la consistance de kystes. Les relations des tumeurs avec l'utérus, leur changement de consistance, lors d'une contraction utérine, aiguille vers le diagnostic exact, mais des erreurs ont été fréquemment commises (Freund et Chadwick, Mayer, Monéger, Péan, Thornton).

Les signes de la grossesse au début, parfois frustes, mais devenant de plus en plus nets au cours de l'évolution, sont assez caractéristiques pour ne pas être discutés plus longtemps, mais une complication : la môle hydatiforme doit être étudiée.

Dans ces cas, l'utérus est augmenté de volume, mais bosselé, inégal ; il se produit des hémorragies avec parfois élimination de vésicules hydatiformes, mais ces vésicules petites, rejetées le plus souvent en grappes, ont un aspect spécial bien différent de celui des vésicules échinococciques.

Nous avons vu que la vessie pouvait être étirée et déviée, elle est parfois distendue à la suite d'une

compression urétrale ; le cathétérisme, l'insufflation permettront de connaître la situation exacte du réservoir urinaire.

Ce rapide aperçu nous a montré que le diagnostic de l'échinococcose constitue souvent un problème embarrassant. La variété du siège des kystes, leur symptomatologie parfois trompeuse, rendent l'affirmation trop fréquemment malaisée et cependant le clinicien a besoin, pour poser son diagnostic, d'une grande certitude, car l'énoncer, c'est prendre l'importante décision d'une intervention chirurgicale souvent dangereuse.

Un complément d'informations était donné autrefois par la ponction, mais nous connaissons trop bien les inconvénients de ce moyen de diagnostic, pour l'employer. Pour le remplacer, de nombreux auteurs se sont ingéniés à trouver des procédés nouveaux permettant de conclure avec certitude à l'existence d'une échinococcose.

Un des plus simples est la recherche de l'éosinophilie sanguine.

Lorsqu'on examine une préparation de sang normal, si l'on pratique le pourcentage des différentes variétés de globules blancs, on constate l'existence d'environ 2 0/0 de polynucléaires éosinophiles. Si ce taux augmente, on dit qu'il y a éosinophilie.

Sabrazès, se basant sur la fréquence reconnue de l'éosinophilie sanguine au cours des maladies parasitaires, énonça comme probable, l'existence d'une semblable réaction chez les sujets porteurs de kystes hydatiques. L'hypothèse de Sabrazès fut confirmée

par les travaux d'Achard et Clerc, de Tuffier et Milian, de Memmi. Nous ne décrirons pas la technique employée, nous allons exposer seulement les résultats fournis par la recherche de l'éosinophilie et les enseignements qu'il faut en tirer.

L'éosinophilie est variable, et nous nous contenterons de citer quelques chiffres. Chez les malades porteurs de kystes hydatiques, Tuffier et Milian ont noté 5 0/0 d'éosinophiles, Memmi dans douze cas, sept à 20 0/0, Achard et Laubry 10 0/0, Darguin et Tribondeau 12 0/0, Telbut et Welsh 29 0/0, Barling et Welsh 34, 47 et 50 0/0, Seligmann et Dudgeon 57 0/0. Ces chiffres sont des extrêmes ; en réalité l'éosinophilie, en cas de maladie hydatique, varie entre 5 et 10 0/0. On admet qu'elle ne doit être comptée comme réelle que si elle atteint ou dépasse 4 à 5 0/0.

Une première question se posait : l'éosinophilie est-elle constante ? Les statistiques sont rares à ce sujet. M. Weinberg donne les résultats suivants : dans treize cas soumis à son examen, il existait trois fois une éosinophilie inférieure à 4 0/0, deux fois égale à 4 0/0, et huit fois au-dessus de 5 0/0. Pour Barling et Welsh, dans cent cas la réaction serait marquée cinquante fois, faible vingt-cinq fois, et complètement nulle dans les vingt-cinq autres.

OBSERVATION 65

Telbut et Welsh. — Lancet, 5 novembre 1910, p. 1343.

Une femme âgée de 42 ans, souffrait depuis sa jeunesse, de coliques hépatiques répétées.

Deux semaines après son admission, elle eut une de ces attaques et, après vomissements, on constata que l'abdomen était ballonné ; il persista jusqu'au jour où il disparut soudainement sans aucune trace de rash.

A son entrée, la malade est amaigrie, sèche, apathique, avec une faible pyrexie intermittente et un pouls rapide et faible.

L'abdomen est très distendu par du liquide. Les veines superficielles sont dilatées ; le liquide extrait était peu coloré, jaune paille et déposa des grains gris quelques heures après. dans le sédiment, des cellules épithéliales furent rares ; quelques cellules d'identité douteuse ; aucun scolex ni crochets. La grande partie des cellules étaient des leucocytes et des formes éosinophiles.

Sur 240 globules blancs, il y avait :

81,6 0/0 éosinophiles ;
13 0/0 lymphocytes ;
5 0/0 neutrophiles ;
0,4 0/0 basophiles.

Un examen du sang, le 8, montre de fortes proportions d'éosinophiles.

25.000 leucocytes par centimètre cube et on comptait 300 cellules, les leucocytes étant ainsi répartis :

29 0/0 éosinophiles ;
54 0/0 neutrophiles ;
16,6 0/0 lymphocytes ;
0,4 0/0 basophiles.

Il y avait une leucocytose bien nette, accompagnée d'une faible leucocytose neutrophile. La réaction de précipitation était négative, mais le liquide hydatique employé n'a jamais donné de réactions satisfaisantes, et dans ces circonstances, l'absence de réaction ne peut être regardée comme pathognomonique.

Opération : on trouve une grande quantité de liquide et

de lymphe libre dans le péritoine. On y trouve aussi des kystes hydatiques. A la face inférieure du foie, on trouva un grand kyste hydatique rompu en arrière et un nombre considérable de kystes filles. Il contenait encore une assez grande quantité de liquide.

OBSERVATION 66

WALTHER. — Société de Chirurgie, 23 mars 1911.

J'ai opéré le malade, homme de 30 ans, que je vous présente, une première fois en 1906 pour quatre kystes hydatiques du foie, une deuxième fois en 1910 pour six kystes du foie, une troisième fois en 1911 pour des kystes multiples de l'abdomen.

Ce malade avait été ponctionné dans un service de médecine où il était entré pour des accidents simulant une poussée de pleurite.

12 janvier 1906. — Par l'incision transpleurale avec résection large de la dixième côte, je trouvai un premier kyste un peu adhérent au diaphragme. Après ponction et formolage, il fut largement incisé, vidé de sa membrane hydatique, je trouvai alors un second kyste séparé du premier par une mince cloison perforée d'un petit orifice, secondaire évidemment, puis deux autres kystes plus profonds, séparés des premiers par une portion de tissu hépatique qui put être effondrée après ponction de formolage des kystes, de façon à réunir en une seule, les quatre cavités.

Je laissai un drainage. La réparation était complète au bout de deux mois.

Le malade rentra dans mon service au bout de quatre ans, en juin 1910, avec un nouveau kyste de la face convexe.

Je l'opérai le 24 juin. Je trouvai cette fois quatre kystes indépendants les uns des autres, plus ou moins profondément situés sous la face convexe, mais assez rapprochés pour pouvoir encore être réunis en une seule cavité, par effondrement, après ponction et formolage. L'exploration faite par cette cavité révéla encore l'existence de deux autres tumeurs, loin situées, près du bord antérieur, mais assez près de l'extrémité antérieure de l'incision. Celle-ci fut prolongée de quelques centimètres et les deux cavités attaquées directement en avant.

Cette fois, malgré la multiplicité des cavités, je fis la suture, sans aucun drainage, la guérison se fit sans incident.

Quelques mois plus tard, à la fin d'octobre, il rentre de nouveau dans mon service, se plaignant de douleurs abdominales revenant par crises, avec vomissements. A ce moment, il ne souffre pas, l'examen du foie reste négatif. La radioscopie ne révèle le développement d'aucune nouvelle tumeur à la face convexe du foie. Brusquement, dans la nuit du 1er janvier 1911, il est pris de douleurs dans la fosse iliaque droite ; il a dans la nuit trois vomissements bilieux. Le 2 janvier, au soir, la température monte à 38 degrés, mais retombe, le 3, à 37 degrés. A l'examen du ventre, on constate une défense très nette dans la fosse iliaque et le flanc droits. La palpation profonde provoque une vive douleur un peu bas, au-dessus de l'arcade crurale.

Quelques jours plus tard, on perçoit nettement l'existence d'une tumeur, du volume d'une olive, mais plus allongée, siégeant exactement à deux travers de doigts au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à cette arcade. En dedans, on sent une autre tumeur également allongée parallèlement à la première.

Je pensai à un petit kyste hydatique siégeant soit dans la paroi de l'appendice, soit à côté de l'appendice et ayant

provoqué une crise légère d'appendicite par irritation de voisinage.

J'opérai donc le malade pour la troisième fois, le 13 janvier 1911. Je trouvai une tumeur kystique multilobée, siégeant contre la paroi, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'épiploon, adhérent au péritoine qui recouvrait la tumeur fut réséqué.

Je pus alors, en incisant le péritoine, énucléer la tumeur en même temps qu'une autre tumeur plus petite, située au flanc interne de la précédente.

Dans l'épiploon, à gauche, un autre kyste du volume d'un œuf, appendu à un diverticule par étirement de la paroi du côlon. La tumeur fut enlevée, le diverticule intestinal réséqué et son pédicule enfoui dans l'intestin.

Dans la fosse iliaque cependant, je ne trouvai ni appendicite ni cæcum. Recherchant plus haut, je constatai une inversion du cæcum qui était sous le foie avec un appendice petit enfoui dans le méso côlon et soulevé par un kyste du volume d'un œuf situé lui aussi dans le méso-côlon, sous l'angle iléo-colique.

Aujourd'hui, ce garçon a repris son travail, se porte bien, digère bien, n'a plus de douleurs abdominales et a acquis un certain embonpoint.

Il présente seulement dans la cicatrice thoracique quelques noyaux arrondis et durs qui semblent être encore de petits kystes en voie de développement.

Entre temps, de nombreux examens du sang furent faits par M. Weinberg et donnèrent toujours avec des variations d'intensité des résultats positifs de la réaction de fixation du complément.

L'ensemencement du liquide contenu dans le kyste juxta-appendiculaire a donné des cultures pures de staphylocoques.

On peut donc considérer cette réaction comme relativement fréquente, mais non spécifique puisqu'elle manque dans presque la moitié des cas.

En plus de son inconstance, une autre critique peut être adressée à l'éosinophilie : c'est qu'elle peut être rencontrée dans bien d'autres états morbides. Elle peut relever d'un parasitisme intestinal, d'un traitement médicamenteux (ioduré par exemple).... Ces erreurs sont gênantes, mais, fait plus grave, il existe des observations où, au lieu de la maladie hydatique prévue par l'éosinophilie, il s'agissait de sarcomes, d'épithélioma, de kystes hématiques....

L'éosinophilie peut cependant rendre de grands services, car son absence, dans le cas de kystes hydatiques probables peut faire présager, ou une modification (kyste mort, calcifié) ou une complication (kyste suppuré).

Son étude a démontré de plus qu'il existait un rapport pathogénique intime entre elle et l'évolution des kystes. Chauffart et Boidin ont vu, après une intervention radicale, une éosinophilie de 30 p. 100 tomber à 1 p. 100 cinq heures après l'opération. D'autre part, M. Dévé a rapporté deux observations où le relèvement du taux de l'éosinophilie fit reconnaître que l'intervention n'avait pas été complète.

Malgré ses insuffisances, l'éosinophilie doit être conservée, car elle peut servir à la fois au diagnostic et au pronostic d'une affection hydatique, mais elle peut et doit être complétée. On peut utiliser, par exemple, alors, la réaction de fixation.

Celle-ci permet de déceler, dans le sérum de malades atteints d'échinococcose, l'existence d'anticorps hydatiques. Cette réaction, étant spécifique, présente un grand intérêt diagnostique. Son principe découle des admirables travaux de Bordet et Gengou. Il fut utilisé pour le séro-diagnostic de l'échinococcose par Chedini en Italie, par Appathie et Lorentz en Amérique. Weinberg et ses collaborateurs ont appliqué cette réaction en France. Weinberg et Parvu ont rendu plus pratique cette recherche de la « déviation du complément ».

Voici quel est le principe de cette méthode : Mettons en présence à l'étuve à 37 degrés : 1° du liquide hydatique (antigène), 2° du sérum du malade suspect (le sérum est chauffé à 56 degrés pour le priver de son complément), 3° du sérum de cobaye (non chauffé, il renferme le complément). Si le malade est atteint d'échinococcose, l'antigène (liquide 1), en présence d'un sérum spécifique (liquide 2), fixera tout le complément (liquide 3). Pour rendre visible cette fixation du complément, il suffit d'ajouter des globules de moutons et du sérum de lapin (chauffé à 56 degrés pour détruire le complément). Ce sérum est hémolytique pour les globules de moutons. Pour que la réaction soit positive, il faut que l'hémolyse ne se produise pas.

Cette recherche est élégante, d'une très grande précision et donne une quasi-certitude, mais elle a un défaut, « la délicatesse, la minutie, la complexité de sa technique en font un mode de recherche difficilement accessible à l'heure actuelle aux Cliniciens,

même pourvus d'un bon laboratoire » (Abadie). De plus, ainsi que le faisait remarquer Delbet (Société de Chirurgie, 7 juillet 1909), « se procurer l'antigène, préparer les animaux, rechercher la réaction elle-même, ne sont pas choses simples ».

Une foule de simplifications ont été proposées, plusieurs sans succès (Paisseau et Tixier, Achard). Nous ne décrirons pas tous ces procédés ; disons simplement que cette recherche spécifique permet, si la réaction est positive, une conclusion ferme au sujet de l'existence d'un kyste hydatique.

La fréquence des résultats permet de considérer son existence comme constante, toutefois, il est juste de dire que, dans une dizaine de cas, le diagnostic fut négatif, alors que l'opération montra l'existence d'un kyste hydatique (Weinberg, Puttoni, Chauffard et Vincent, Laubry et Parvu). Par contre, elle a cet avantage d'exister, même si le kyste est suppuré, même si la bile a fait irruption dans le sac (Walther, Guinard, Lejars et Parvu).

La réaction peut subsister des mois et des années parfois après l'opération. Est-ce une récidive ou la persistance d'un kyste inconnu ? Les recherches sont insuffisantes à ce sujet ; toutefois, on a pu constater que si la réaction allait en s'affaiblissant avec le temps, une rechute coïncidait avec une réaction plus nettement positive (Lejars).

Plus simple que la réaction de fixation, le précipito-diagnostic de Fleig et Lisbonne (1907) a l'avantage d'être un procédé biologique à technique très aisée. Le phénomène essentiel est le suivant : dans un mé-

lange déterminé de liquide hydatique et de sérum à examiner, on voit apparaître un précipité très net, lorsque le sérum provient d'un individu porteur d'échinocoques ; rien de semblable ne se produit avec le sérum d'un individu indemne d'infection hydatique. Cette réaction spécifique, quasi-constante d'après Fleig et Lisbonne, Welsh et Chapman, serait positive dans les 4/5e des cas.

Sur 11 cas, Fleig et Lisbonne l'ont trouvée 8 fois positive, 2 fois douteuse, 1 fois négative (il s'agissait d'un kyste suppuré). Abadie, l'ayant recherchée 9 fois, aurait constaté 6 résultats positifs, 1 négatif, et 2 fois une coloration jaune sans précipité. Dans ces 3 derniers cas, il s'agissait de kystes suppurés et même le kyste qui avait donné un résultat négatif était, d'après Abadie, un kyste mort depuis très longtemps, n'ayant gardé d'échinococcique que l'origine. Il s'était infecté par contiguïté avec la trompe dans laquelle il s'était vidé.

Nous devons toutefois faire remarquer que Weinberg, Maranon, Puttoni... ont trouvé ce procédé très souvent en défaut !

Comme dans les procédés décrits plus haut, le pouvoir précipitant diminuerait graduellement après une opération complète, tandis qu'il se maintiendrait ou se relèverait s'il y avait persistance ou récidive d'un autre kyste.

Signalons simplement le procédé de la méiostagmine, décrit par Ascoli. Ces résultats sont encore trop contradictoires que pour pouvoir être discutés.

MM. Chauffard et Boidin, Laroche, Weinberg, par-

tant du principe qu'il existe des anticorps dans le sérum des sujets atteints d'échinococcose, on cherchait si ce sérum n'est pas capable de faire éclater le choc anaphylactique s'il est injecté à des animaux sensibilisés. Malgré quelques faits positifs publiés, l'anaphylaxie passive ne peut encore fournir de renseignements diagnostiques précis.

MM. Weinberg et Ciuca ont repris tout récemment la question (Société de Biologie, 10 mai 1913). Ils auraient obtenu des résultats positifs, mais ces recherches n'étant pas complètes, nous n'insisterons pas.

Signalons enfin que la cuti-réaction, pratiquée avec du liquide hydatique filtré, n'a pas fourni aux expérimentateurs de renseignements bien précis.

CHAPITRE VII

Pronostic.

Tant de facteurs interviennent au cours de l'évolution de l'échinococcose secondaire que le pronostic de cette affection doit être évidemment variable, tout en restant cependant toujours sérieux. Nous allons envisager, tour à tour, le pronostic de la rupture intrapéritonéale d'un kyste hydatique, origine de tout le mal, et de ses complications immédiates ou précoces, puis celui des kystes hydatiques multiples abdomino-pelviens.

Alors que, fréquemment, la rupture d'un kyste ne saurait éveiller en aucune façon l'attention du porteur, nous avons vu qu'elle pouvait amener la mort, sinon immédiate, du moins très rapide.

Cette mort rapide, résultant de l'intoxication hydatique, quoique assez rare, assombrit beaucoup le pronostic, car rien ne peut faire prévoir à l'avance si elle

peut se produire. Elle contribue à répandre cette idée que « la rupture d'un kyste dans le péritoine doit être envisagée avec terreur ». Elle peut arriver soit sans cause apparente (Lassus, Brinton Williams), soit après un effort (Roux), soit après un trauma (Hawkins, Duplay et Morel-Lavallé, Nicolaï, Frerichs).

La mort peut survenir dans les premiers jours qui suivent l'accident, elle résulte alors d'une péritonite succédant à l'épanchement d'un liquide purulent. S'il est très septique, il se produit une péritonite généralisée suraiguë, qui emporte le malade en 36 ou 48 heures au plus, et souvent malgré les efforts du chirurgien.

Si le pus provoque une inflammation moins intense, et surtout moins rapide, la péritonite généralisée qui en résulte peut être mortelle, mais une intervention précoce, méthodique, pourra juguler l'affection et sauver le malade.

Nous n'insistons pas sur les épanchements purulents enkystés qui doivent être traités sans hâte, quoique sans trop de retard, mais qui, en raison de la zone d'adhérences qui les protègent, sont moins dangereux.

Donc, en cas de kyste suppuré rompu, le pronostic varie selon la virulence du liquide et peut amener la mort très rapide, ou des accidents très graves, ou sérieux, qui nécessitent une intervention.

Le kyste peut se rompre aussi sous l'influence de la pénétration de la bile à son intérieur. De l'état de septicité de cette dernière dépendra le pronostic. Il peut en résulter, en effet, ou une péritonite aiguë, ou

une inflammation plus ou moins atténuée. De la rapidité de l'intervention, des moyens employés, dépendra la guérison ou l'apparition d'accidents mortels.

Voilà le pronostic immédiat de la rupture des kystes, mais il ne suffit pas d'envisager le présent, il faut aussi penser à l'apparition des complications.

La cavité du kyste peut s'infecter plus ou moins rapidement, nous sommes ramenés alors au cas de kystes suppurés se déversant dans l'abdomen, et dont nous avons vu le pronostic plus haut, mais aussi il peut se produire une ouverture secondaire des canaux biliaires. Dans ces cas, la bile est ordinairement tolérée par le péritoine et il s'ensuit la formation d'un cholépéritoine d'origine hydatique, le plus souvent incurable spontanément. Le pronostic dépend alors de la rapidité de l'intervention, qui, si elle est pratiquée alors que l'état général est resté bon, peut permettre l'occlusion de la perforation et donner une guérison immédiate, tandis que la laparotomie chez des individus débilités, affaiblis, est beaucoup plus dangereuse. On admet jusqu'ici 60 p. 100 de guérisons, 35 p. 100 de morts, 5 p. 100 d'insuccès, mais le plus souvent simplement immédiats.

Ici donc encore, le pronostic immédiat, quoique sérieux, est favorable (si on institue à temps un traitement) mais il faut penser aux récidives péritonéales et si la vie est sauve, penser à la santé ultérieure qui est plus ou moins compromise.

On a bien cité des cas où les germes hydatiques n'ont pas évolué (Bouilly, Jonnesco....) mais ces cas

sont rares, et les exceptions ne doivent pas faire oublier la règle. (Obs. de Bouilly.)

OBSERVATION 67

Bouilly. — Société de Chirurgie, 1894 (complète l'observation de 1887).

Le kyste de la rate fut traité et guéri par l'injection de sublimé. Un des kystes, pendant une première opération s'était rompu et avait versé son contenu dans l'abdomen. La généralisation des kystes que l'on pouvait craindre après cet accident ne s'est point montrée.

De plus, si le fait est possible, il ne prouve rien en l'espèce, car les généralisations hydatiques peuvent ne se produire que de nombreuses années après la rupture (neuf ans, Bataille-Dévé ; dix ans, Tuffier-Barbarin), se réveiller alors et produire une pullulation de kystes, conduisant rapidement le malade à la cachexie et à la mort.

La première manifestation de l'Echinococcose secondaire, paraît être l'apparition de pseudo-tubercules. Nous avons vu qu'ils pouvaient être bien différents, car tandis que les formes régressives, résiduelles, cicatricielles sont des processus de guérison, les autres, actives, progressives, sont prémonitoires de kystes futurs qui vont évoluer. Malheureusement, il est très difficile, même la cavité abdominale ouverte, de savoir si l'on a affaire à l'une ou l'autre forme, et

l'on ne peut se baser seulement sur la biopsie, l'examen des tumeurs extirpées, car l'on est peut-être tombé sur une zone stérile alors qu'à côté, des tumeurs fertiles sont en évolution.

La seule recherche clinique, appuyée sur un examen prolongé, permettra de saisir des différences de volume dans les masses perçues, et autorisera à poser un diagnostic bénin au stade actuel mais très grave pour plus tard.

L'étude des réactions biologiques que nous avons envisagées, pourra dans ces cas contribuer à fixer le pronostic, en indiquant l'augmentation, la fixité ou la diminution de la sensibilité de la réaction.

Ici donc encore, pronostic réservé, même si l'apparition de kystes secondaires ne paraît pas se produire (Dévé, Sabadini), seul le temps peut juger la chose.

Les kystes hydatiques multiples nombreux, bien qu'on ait cité des cas de régression, de guérison spontanée, comportent un pronostic très sérieux, et bien qu'on ne puisse plus accepter la phrase de Vegas et Cranwell : « L'hydatose péritonéale est en dehors des ressources de notre art et les malades sont condamnés à mourir dans un délai plus ou moins bref », il faut toujours songer à la fréquence des complications (intoxication chronique, rupture, suppuration, compression), à la complexité des lésions, et à la difficulté des opérations. Nous verrons aussi qu'avant de proclamer la guérison il faut la consécration du temps.

Nous allons passer en revue les différents facteurs du pronostic des kystes hydatiques multiples.

Au lieu de n'exister qu'au nombre de quatre, six, huit....., les kystes peuvent être au nombre de plusieurs centaines (400, Bousquet) ; or, plus ils sont nombreux, plus le traitement est long, plus les chances de complications augmentent, plus le pronostic est sombre.

Il faut aussi s'occuper de la localisation des tumeurs. Celles qui sont sous-phréniques, comportent un pronostic assez sérieux, car, outre leur nombre, généralement élevé, elles occupent une région assez délicate à aborder. Les voies d'accès sont nombreuses, mais par aucune on ne profite d'un jour assez grand pour permettre de traiter à chaque fois plusieurs kystes, il faut donc de nombreuses interventions ; d'autre part, ils exposent, en raison de leur siège, à maintes complications, tant abdominales que pleurales ou pulmonaires. Or celles-ci, en particulier, sont très dangereuses, car, par la vomique qu'elles causent, elles peuvent amener une mort immédiate, sinon, grâce à la libre communication avec l'air extérieur, il apparaît une suppuration abondante, s'éliminant par vomiques successives, dont on connaît les dangers, mais conduisant rapidement, en même temps à la cachexie et à la mort.

Donc, pronostic très sérieux si le traitement n'est pas précoce.

Les kystes abdominaux causent rarement d'accidents par leur simple présence et leur pronostic, quoique fatal au bout d'un certain temps, semble moins

grave, à moins qu'ils ne soient localisés dans quelques régions spéciales (le hile du foie, les angles côliques) où ils peuvent produire des accidents de compression, d'autant plus dangereux, surtout pour les kystes juxta-côliques, que les troubles produits sont attribués à la présence des kystes pelviens presque toujours coexistants et que le traitement adressé à ceux-ci, est naturellement impuissant.

Les vaisseaux et les nerfs peuvent eux aussi être comprimés, et par les accidents sérieux et douloureux qu'ils déterminent, ils aggravent beaucoup le pronostic.

Rappelons que les ruptures des kystes dans les organes creux de l'abdomen engendrent des complications très graves. La rupture la plus fréquente est celle qui se produit, soit dans la vésicule, soit dans les canaux biliaires. Il peut en résulter soit l'infection du kyste, soit l'oblitération des voies biliaires, soit l'apparition d'une angiocholite. Toutes complications dont nous avons appris les dangers.

Si la rupture se produit dans l'estomac, la mort est presque fatale (Cruveilhier, Letourneur) et le plus souvent dans un délai très court (hémorragies, infection), tandis que si elle se fait dans l'intestin, on peut espérer (de rares cas le prouvent) une oblitération du kyste après sa libération. Malheureusement, ce qui survient le plus souvent, c'est la suppuration de la tumeur et nous en avons vu les tristes conséquences.

Ce sont les kystes du bassin, qui comportent, et de beaucoup, le plus sombre pronostic, en raison des nombreuses complications qu'ils engendrent :

Complications rectales (intoxication lente, chronique, due à la constipation opiniâtre qui achemine les malades vers l'obstruction, l'occlusion totale), puis et surtout complications vésicales, urétérales et rénales.

Tout dépend dans ce dernier cas de l'intervention plus ou moins hâtive à laquelle se soumettent les malades. S'il était possible d'opérer avant que la pyélonéphrite se produise, et même avant l'apparition des premiers signes vésicaux, le pronostic s'améliorerait beaucoup. Actuellement, d'après Cranwell, sur cinquante-six observations de kystes hydatiques, purement pelviens, il y aurait vingt-cinq morts, vingt-cinq guérisons et six cas douteux.

Différentes complications portent sur le système génital. En déplaçant, en gênant le développement de l'utérus, des ovaires ou des trompes, les kystes pelviens prédisposent ou aggravent des infections souvent latentes, en plus ils gênent les différents actes de la vie génitale.

En effet, les kystes hydatiques multiples peuvent parfois entraîner la stérilité par compression et torsion des trompes (Duvélius), mais la grossesse peut parfois coexister avec la présence de kystes nombreux.

OBSERVATION 68

Knowsley Thornton. — Médical Times, 1878, vol. I, p. 565.

Malade âgée de 32 ans, qui trois ans auparavant, con-

sultait pour une augmentation de volume du côté droit du ventre. On crut à un corps fibreux utérin.

Depuis, les symptômes locaux se sont accrus, en même temps qu'apparaissait une cachexie générale. Depuis cinq mois que la malade est enceinte, la maladie n'a cessé de s'aggraver rapidement.

Dans l'abdomen, à gauche, large tumeur globuleuse, formée par l'utérus gravide ; à droite et un peu en avant de lui, plusieurs tumeurs sphériques, mobiles sur l'utérus, mobiles les unes sur les autres. Une de ces tumeurs, siégeant immédiatement au-dessus du pubis, donne une vague sensation de fluctuation. Le bassin est rempli par un amas de petits corps ronds qui semblent ne tenir ni à l'utérus, ni aux tumeurs intra-abdominales. Incision exploratrice, car le diagnostic est incertain.

Laparotomie qui mène sur une poche purulente, adhérente aux parois abdominales. Après l'avoir vidée et excisée, on reconnut que les diverses tumeurs étaient formées par des kystes hydatiques disséminés dans les cavités abdominales et pelviennes. Les unes occupent l'épiploon et sont enlevées avec une partie de celui-ci ; d'autres se détachent par un pédicule de la région vésicale et sont extraites, après ligature de leur insertion.

Toutefois, on dut laisser le kyste isolé adhérent au sacrum, et quelques-uns des kystes siégeant à droite, dans l'abdomen.

Malgré une hernie de l'utérus gravide (le septième jour) qui provoqua l'accouchement avant terme (7 mois 1/2) et une autre hernie de la masse intestinale, huit jours plus tard, la malade guérit opératoirement et ne tarda pas à reprendre santé et embonpoint.

Nous n'insisterons pas sur l'influence réciproque exercée l'un sur l'autre par la grossesse et le kyste

hydatique, et sur les troubles qui résultent de cette coexistence, car cette question doit être le sujet d'un mémoire ultérieur. Disons cependant que la grossesse, souvent difficile, prédispose à de nombreuses complications (rupture utérine ou kystique, suppuration). Si la grossesse vient à terme, l'engagement se fait difficilement, est souvent vicieux, et si les kystes pelviens peuvent rarement rendre l'accouchement impossible, ils constituent le plus souvent un obstacle très gênant, souvent fort difficile à tourner et nécessitent de nombreuses interventions.

OBSERVATION 69

FRANTA. — Annales de gynécologie et d'obst. Paris, décembre 1902.

Femme de 41 ans, a toujours eu des accouchements difficiles. Au septième accouchement, application de forceps ; les médecins trouvent une tumeur et diagnostiquent un fibrome de l'utérus.

La huitième grossesse est interrompue par une fausse-couche de trois mois. Peu après, la tumeur augmente de volume et suppure. Cinq mois plus tard, la malade est opérée pour un kyste hydatique suppuré du ligament gauche. La neuvième grossesse, survenue cinq mois après l'opération, est interrompue par une fausse-couche de deux mois. Actuellement, la malade présente dans le cul-de-sac de Douglas, surtout à gauche, une série de petites tumeurs (onze environ) immobiles et dont la grosseur varie d'une noisette à une noix. Travail long et pénible,

enfant mort ; cranioclasie et extraction manuelle du placenta. Suites de couche normales. En 1898, la malade fut opérée deux fois :

1° Pour un kyste hydatique suppuré de l'épiploon adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen ;

2° Pour des kystes hydatiques de la cavité pelvienne. Mort.

Quand l'accouchement est survenu, amenant fréquemment la mort de l'enfant (19 morts dans 35 accouchements) et parfois même celle de la mère (17 mères mortes sur 44), les suites de couches sont le plus souvent pathologiques (78 pour 100), emportant encore un grand nombre de femmes qui avaient pu supporter un accouchement si difficile, et surtout si long, si bien que la mortalité moyenne, pour les mères s'entend, est d'environ 50 pour 100.

Quant à l'enfant, s'il a pu résister immédiatement aux traumatismes qui lui ont été imposés, il n'en est pas toujours sauvé pour cela et la mortalité de ces enfants s'élève à plus de 65 p. 100.

En plus de ces complications propres à chaque région, des aggravations peuvent se produire au niveau d'un kyste quelconque. L'inflammation suivie ou non de suppuration (à la suite d'une infection générale, par contiguïté....) rend le pronostic plus sérieux, car souvent il force l'opérateur à intervenir à une heure qu'il n'aurait pas choisie ; l'existence d'adhérences complique et allonge l'opération ; l'existence d'une suppuration, plus ou moins abondante, fatigue le malade et le cachectise davantage.

Nous devons dire cependant que telle n'est pas toujours l'évolution de l'Echinococcose secondaire. On peut observer des guérisons spontanées, sans intervention d'aucune sorte. Elles sont rares, il est vrai. Dans ces cas, les kystes subissent une involution caractérisée par l'affaissement, le plissement de la cuticule du kyste, elle prend alors un aspect festonné au lieu d'être tendue, régulière ; la membrane germinale disparaît, le liquide se résorbe, et l'on ne trouve plus dans la poche qu'un amas de matières puriformes ou athéromateuses.

Cette involution peut se rencontrer parfois à la suite d'interventions même très rudimentaires. La laparotomie exploratrice par exemple, peut suffire, sinon à amener la guérison, ce serait trop, du moins à amener une amélioration parfois très notable et qui peut permettre d'opérer plus tard dans de meilleures conditions. Michaux (Société de Chirurgie, 1894) parle d'une jeune fille qui, à la suite de la ponction d'un kyste du foie avait eu tout l'abdomen envahi par une multitude de kystes. Elle guérit après laparotomie exploratrice. Daraignez rapporte l'observation d'une malade, souffrant de kystes hydatiques multiples, cachectique, ne pouvant se livrer à aucun travail, qui fut tant améliorée par la laparotomie exploratrice, qu'un mois après l'opération elle reprenait ses durs travaux sans ressentir de fatigue. Toutefois, ces cas sont plutôt des exceptions, mais la laparotomie exploratrice est le plus souvent insuffisante, il se produit cependant à sa suite des modifications favorables.

OBSERVATION 70

VILLEMIN. — Société de Chirurgie de Paris, 6 janvier 1909.

J'ai observé un cas de multiplicité de kystes hydatiques péritonéaux que j'ai pu suivre pendant seize ans.

Le début s'était fait par des douleurs vives dans la région du cardia.

Dix ans après, lors de la première intervention, j'ai trouvé 300 à 400 kystes, remplissant l'abdomen ; ils étaient de volume variable et de colorations différentes : les uns étaient noir verdâtre, jaunes, d'autres clairs et transparents. Réunis dans un récipient, ils occupaient un volume de sept à huit litres.

Trois ans après, la malade faillit succomber à des accidents comateux, avec anurie relative et albuminerie abondante. Je dus intervenir à nouveau devant le développement toujours croissant de l'abdomen. Cette fois, je trouvai toute la surface intestinale, tout le mésentère et tous les replis péritonéaux, couverts de milliers de petits kystes simulant le semis des granulations tuberculeuses dans le péritoine bacillaire.

Deux ans après, il fallut faire encore un peu de place dans cet abdomen distendu, et certains kystes furent enlevés et marsupialisés ; mais huit jours après, la malade succomba à des accidents d'insuffisance rénale et hépatique, sans qu'aucune formolisation du péritoine ait été faite.

Cette observation prouve qu'il ne faut pas tirer de conclusions fermes des observations de Michaux, Daraignez,.... car les observations sont de trop courte

durée, et il faudrait savoir ce que sont devenus ultérieurement les malades en question. Néanmoins il faut noter que la vitalité des kystes décroît avec les interventions (Davaine). Gouilloud, à la suite de son observation, ajoute ces mots : « Les kystes, à la suite des interventions successives, semblent perdre de leur vitalité, si bien qu'à la fin, ils s'arrêtent dans leur développement et même paraissent s'atrophier ».

Nombre d'opérateurs ont terminé leur intervention (parce que trop longue, ou en raison du mauvais état de leur malade) en abandonnant des kystes non traités. Ils furent souvent surpris, de ne plus les retrouver lors d'un examen ultérieur. Ce fait explique aussi pourquoi on peut souvent voir une guérison complète après une intervention qui parut totale, alors qu'en réalité elle ne l'était pas. Les autopsies de malades opérés d'Echinococcose secondaire, ont montré que le plus souvent, alors que le chirurgien croyait avoir enlevé tous les kystes, il en restait encore quelques-uns.

Il ne faut pas toutefois, trop compter sur cette involution, et les opérations incomplètes assombrissent le pronostic, car elles exposent aux récidives. Celle-ci peut survenir quelques-mois après la première intervention (Savariaud) ou après deux ans (Ribera y Sans), trois ans (Schneider-Ronbeck), quatre ans (Schrœder), cinq ans (Riemann), six ans (Dégen), sept ans (Bataille-Dévé), neuf ans (Péan-Richard), onze ans (Delaunay). Ces malades cités comme guéris, n'avaient eu qu'un simple retard dans l'évolution de leurs tumeurs, mais cet arrêt subit dans

l'accroissement des kystes, qui améliore beaucoup le pronostic, doit être une raison de plus pour pratiquer l'intervention, seule chance sûre de salut.

Quant au pronostic à porter sur l'acte opératoire, nous verrons qu'il est difficile d'être précis, en discutant les chiffres que nous avons relevés. Nous allons citer simplement les chiffres de Becker et de Parlavecchio.

Becker accuse 44,8 p. 100 de morts, 13 cas sur 29. Sur ces treize morts, il y en eut sept survenues dans les premières heures qui suivirent l'intervention (collapsus, manque de force, péritonite).

Une mort survint à la suite d'une péricardite et d'une pleurite.

Une autre, quatre mois après par pneumonie, une troisième à la suite de la cure radicale d'une hernie étranglée. Les trois autres opérés succombèrent au bout de douze mois, de quatorze mois et de trois ans.

Quant aux seize guérisons, Becker n'eut pas de nouvelles dans cinq cas, trois malades eurent des récidives, deux après trois ans, un après cinq ans, les huit autres restent sans rechute après respectivement, un, deux, six, sept, quinze, seize, vingt et un ans.

Parlavecchio, d'autre part, rapporte trente-six observations.

Dix sont éliminées, car les suites éloignées ne sont pas connues. Des vingt-six cas restant, quinze guérirent, onze moururent, soit 42,3 p. 100.

De ces onze morts, une est due au chloroforme, une à une embolie, trois survinrent très peu de temps après l'opération, deux à des dates tardives (40 jours,

4 mois). L'autopsie montra qu'il restait des kystes fertiles.

Mais les opérations multiples peuvent amener la guérison.

OBSERVATION 71

MOORE. — Intercolonial Médical Journal of Australian, 1897, p. 290.

F..., jeune homme de 38 ans, laboureur.

Entre le 30 janvier 1897 à l'Hôpital de Melbourne, présentant des tumeurs multiples de l'abdomen, siégeant surtout dans sa partie inférieure.

Première opération, le 4 février. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Des vésicules apparaissent, les unes du volume d'une orange, les autres grosses comme des noisettes ; quelques-unes sont tellement minces qu'elles se rompent dès qu'on les touche. L'épiploon est enlevé avec les vésicules qu'il contient, après avoir été lié par des ligatures en chaînes, extirpation isolée de quelques vésicules.

Une d'elles siégeant sur l'intestin grêle, est ouverte, vidée, nettoyée, suturée et réduite. De nombreux kystes apparaissent dans tout le reste de l'abdomen, le petit bassin surtout en est rempli. Mais le malade est très faible, il saigne facilement. On renonce alors à enlever dans cette première opération tous les autres kystes et le ventre est refermé et suturé complètement en trois plans ; dix-huit kystes furent ainsi enlevés.

Guérison rapide, dix-huit jours après l'opération, le malade quitte l'Hôpital.

Les souffrances reviennent et il entra de nouveau à l'Hôpital.

Deuxième opération, le 14 mars 1897.

Laparotomie latérale droite sur le bord externe du muscle droit. Plusieurs kystes sont situés dans le petit bassin ; comme il est impossible de les amener dans la plaie, ils sont vidés par ponction aspiratoire, puis incisés. Leurs vésicules mères et filles sont enlevées. La membrane externe du kyste est partiellement réséquée et le reste rentré dans le petit bassin ; quatre kystes furent ainsi traités, trois ou quatre furent entièrement disséqués, un grand kyste fut ouvert, nettoyé et rentré. Plusieurs kystes épiploïques furent enlevés après ligature de leur pédicule. Un petit kyste siégeait sur le côté externe du côlon ascendant, il fut enlevé avec beaucoup de difficulté à cause de sa situation.

En explorant avec soin la cavité abdominale, on constata la présence d'un grand kyste sous le foie à droite, d'un autre plus volumineux à gauche, près de l'estomac et de quelques-uns du côté gauche du petit bassin. Pour les mêmes raisons que la première fois, le ventre fut refermé sans que ces kystes aient été opérés.

Dix kystes avaient été traités dans cette seconde opération. La guérison fut très rapide, malgré une légère suppuration des sutures superficielles.

Troisième opération, le 17 avril 1897.

Laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit, du côté gauche.

Plusieurs kystes contenus dans le petit bassin furent incisés, vidés, nettoyés et finalement rentrés sans suture.

Huit kystes épiploïques furent extirpés. En tout quatorze kystes furent traités dans cette troisième intervention.

Guérison rapide malgré l'apparition d'un abcès prove-

nant de la cicatrice de la deuxième opération qui avait superficiellement suppuré.

Quatrième opération, le 4 mai 1897.

Laparotomie transversale. Un grand kyste fut vidé et enlevé ; d'autres furent enlevés après ligature de leur pédicule. Un grand kyste épiploïque fut vidé et extirpé après ligature du pédicule épiploïque.

En tout : quatre kystes furent enlevés dans cette dernière intervention. Un examen attentif de l'abdomen permit de constater qu'il n'y avait plus aucun autre kyste dans son intérieur.

Guérison rapide. Le malade quitta l'Hôpital, le 1er février 1898.

En face donc d'une maladie qui condamne son porteur à une mort plus ou moins rapide, au milieu souvent de complications douloureuses, l'opération seule peut faire espérer la guérison. L'examen des cas traités montre une amélioration sensible du pronostic, aussi devons-nous attacher tous nos soins à pratiquer une opération précoce, méthodique, bien réglée. Nous allons envisager ses différentes indications.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Nous avons recherché les origines de l'échinococcose secondaire, nous connaissons les complications qui marquent parfois son début ; nous avons étudié les différentes phases de son évolution ainsi que ses localisations électives ; nous devons envisager maintenant les différents moyens mis à notre disposition pour empêcher ou arrêter l'évolution des germes hydatiques dont nous connaissons le rôle néfaste.

Nous savons que tous ces accidents proviennent de la rupture ou spontanée ou traumatique d'un kyste primitif (du foie le plus souvent). Un traitement préventif s'impose dès lors, c'est la suppression de ce danger permanent, de cette « bombe vivante » toujours prête à exploser dans le ventre de celui qui en est porteur.

Dès qu'un médecin a pu diagnostiquer un kyste

hydatique, il doit décider son malade à subir une intervention très précoce, la plus rapprochée possible et l'avertir des accidents auxquels il est exposé. Dès ce moment, le patient devra s'entourer de nombreuses précautions, car nous connaissons les efforts minimes qui suffisent à en amener la rupture. Chez les enfants, les jeux mêmes devront être supprimés, car ils peuvent causer la déhiscence du kyste.

Nous ne voulons pas entreprendre l'étude du traitement des kystes primitifs, nous nous contenterons simplement de rappeler les bases rationnelles de leur traitement chirurgical, nous plaçant surtout au point de vue de la dissémination opératoire des éléments échinococciques.

Les principes actuellement admis sont les suivants : mise à nu du kyste, stérilisation du contenu, extraction de la membrane germinale et des germes qu'elle renferme.

Les voies d'accès varient naturellement suivant l'organe attenant et le siège du kyste, mais on devra tendre toujours à aborder la tumeur à son point culminant, même s'il est nécessaire de pratiquer quelques délabrements plus ou moins mutilants (pleurotomie, résection du rebord costal).

La voie d'accès, qui se pratiquera en un temps, devra être large, car son but est de guérir, or, il est nécessaire de voir si le kyste visé par l'intervention, est unique ou accompagné de kystes semblables (20 p. 100).

Le kyste bien dégagé, les zones avoisinantes et la plaie elle-même bien protégées, bien mises à l'abri de

toute infection possible grâce à l'emploi de « champs » et de compresses, il faut pratiquer une injection parasiticide. Celle-ci a pour but de stériliser le contenu du kyste qui ne sera plus dangereux s'il vient à éclater au cours de la libération des adhérences, ou s'il se déchire à la suite d'un mouvement intempestif. Nous verrons plus loin l'importance pratique de cette injection et son inocuité complète tant au point de vue local (kystique) qu'au point de vue général (intoxication).

Ce temps effectué, après un séjour suffisant du liquide modificateur, on procède à l'évacuation du kyste, soit par ponction et aspiration si le contenu est liquide, soit à l'aide de la main ou d'une cuillère s'il est formé de vésicules filles. La membrane mère énucléée sera enlevée autant que possible d'une seule pièce, puis la main pénétrant dans le sac, l'explorera dans tous ses recoins et l'asséchera sérieusement.

Certains opérateurs méticuleux, touchent alors les parois du sac avec une compresse imbibée de la solution stérilisante (formol à 1 ou 2 p. 100).

Le kyste vidé, il reste le sac. Ici les avis diffèrent. Les uns se proposent d'extirper et le sac et la zone fibreuse qui l'entoure, soit par décortication, soit par hépatectomie, d'autres prônent le drainage de la poche après son abouchement à la peau. Ceux que ces différentes méthodes ne tentent point, pratiquent la réduction de la poche sans drainage et suivant les préférences, le sac est rentré sans suture, après suture simple ou accompagnée de capitonnage, ou après résection des parties exubérantes du kyste ; cer-

tains enfin, fixent la suture aux plans profonds de la peau.

Nous discuterons plus loin les indications et les contre-indications de ces procédés, mais avec tous, si les précautions sont bien prises, la guérison définitive ne saurait être qu'une question de temps, et doit mettre l'opéré à l'abri de toutes complications d'origine hydatique.

Voilà quel devrait être le traitement des kystes hydatiques. Malheureusement, il n'en est pas toujours de même, et bien des généralisations, bien des infections relèvent de l'emploi d'une méthode dite de traitement : la ponction.

La ponction évacuatrice simple, fut longtemps l'unique traitement des hydatides. Mais ce procédé, souvent impraticable, toujours dangereux, qui fut d'abord reconnu infidèle, puis insuffisant, peut donner naissance à des accidents immédiats sérieux, voire mortels et provoquer l'éclosion de l'échinococcose secondaire.

La ponction fut mise à la mode par Jobert de Lamballe, qui cherchait à amener la mort des hydatides par la piqûres des parois. Bohgherini et Murchinson prônèrent la ponction avec évacuation partielle du liquide kystique, car pour eux, priver les hydatides de leur liquide nourricier, c'est prononcer leur arrêt de mort. Naturellement, un traitement aussi rudimentaire n'amenait pas toujours la guérison, et certain malade de Dieulafoy subit jusqu'à trois cents ponctions ! Ces opérations multiples furent abandonnées et M. Chauffard déclarait que « si une pre-

mière ponction aspiratrice n'a pas donné la guérison, il faut passer à une intervention plus énergique ». Cette phrase n'est-elle pas un aveu implicite d'insuffisance fréquente ?

Citons les chiffres d'anciens partisans de la méthode. Murchinson accuse sur 103 cas, 80 guérisons, 16 suppurations guéries chirurgicalement et 7 morts. Démars cite dans sa thèse vingt-cinq observations qui donnèrent par la ponction 14 guérisons, 2 guérisons après suppuration, 6 échecs et 3 morts, dont 2 subites et une par péritonite.

Il ne faut point se laisser hypnotiser par le chiffre des guérisons, 94 pour 128 cas, car la plupart du temps les malades portés comme guéris sur la statistique, n'ont pas été suivis au-delà de quelques mois (et ces cas sont rares), or, de nombreux exemples montrent la récidive survenant au bout de plusieurs années. C'est ainsi que Troisier présentait, deux ans après une ponction, une malade qu'il considérait comme guérie, or, Bucquoy et Feréol démontrèrent que cette malade avait une récidive. Labbé déclarait à ce propos avoir constaté depuis longtemps et pouvoir citer de nombreux exemples à l'appui de cette opinion : « que les kystes traités par la ponction simple et considérés comme guéris, récidivent presque toujours au bout de deux à trois ans ».

C'est donc une méthode infidèle et insuffisante, et si la ponction a pu donner des guérisons, c'est que probablement, dans ces cas, l'hydatide était morte et on comprend très bien alors que le kyste, une fois vidé, n'ait plus aucune tendance à se reproduire. C'est

la seule explication que l'on puisse donner à ces cas de kystes hydatiques guéris radicalement après une seule ponction évacuatrice. Mais nous sommes ici en présence d'une condition très exceptionnellement remplie et impossible à prévoir.

Mais puisque cette méthode amena des guérisons, exceptionnelles, il est vrai, mais certaines, n'est-il pas juste, en raison de sa simplicité, d'en faire l'essai dans tous les cas de kystes hydatiques ?

Reprenons les chiffres cités plus haut. Sur 128 cas, Murchinson et Démars avouent 18 suppurations, 6 échecs et 10 morts, soit plus de 27 p. 100 de complications et plus de 7 p. 100 de morts, et pourtant les statistiques que nous avons citées étaient relativement très bonnes. Harley n'avouait-il pas une mortalité de 33 p. 100 et Rendu de 26 p. 100. En présence d'une telle mortalité, on ne peut donc considérer la ponction comme une intervention simple ; aussi, infidèle, inconstante, dangereuse, la ponction devrait être abandonnée. Mais on peut lui faire encore d'autres reproches.

Elle peut être impraticable, tant pour des raisons anatomiques que pour des motifs inhérents au kyste lui-même. S'il est profondément inclus, ou recouvert d'organes importants, dont la blessure peut être dangereuse, on ne pourra le ponctionner. D'autre part, si parfois la ponction est possible, il peut arriver qu'elle ne laisse écouler aucun liquide. C'est que le trocart peut être bien en place, mais que rien ne puisse s'écouler, soit que le kyste, bourré de vésicules filles, entassées les unes contre les autres, ne con-

tienne point de liquide, soit que des membranes viennent obstruer la lumière de l'aiguille et empêcher toute communication avec l'extérieur. Cette dernière constatation tendit à répandre l'usage de trocarts de plus en plus volumineux, mais laissant des perforations de plus en plus grandes et prédisposant encore davantage aux complications.

Celles-ci peuvent être immédiates ou tardives. Démars, sur ses trois cas de mort, en signale deux survenus aussitôt après la ponction, le malade de Chauffard ne survécut que vingt-cinq minutes et celui de Moissenet dix-huit heures. Guyot déclarait avoir le souvenir de sept ou huit morts survenues en vingt-quatre heures. Ces morts rapides, attribuées autrefois à des troubles réflexes : arrêt du cœur, inhibition nerveuse, ne sont qu'autant d'accidents toxiques suraigus et dont l'étiologie est aujourd'hui certaine, ainsi que l'a démontré M. Dévé dans de nombreux articles.

C'est qu'à la suite d'une ponction, survient toujours l'irruption d'une partie du contenu du kyste dans le péritoine, ainsi qu'en témoignent fréquemment l'apparition d'une urticaire et les autres symptômes digestifs, nerveux, péritonéaux que nous avons décrits lors de la rupture des kystes hydatiques qui, du reste, est souvent provoquée par la ponction. Celle-ci s'accompagne alors d'une large ouverture par éclatement, partant précisément de l'orifice créé par le trocart.

Si le malade échappe à la mort immédiate, tout n'est pas fini. Le trocart est un instrument aveugle,

et, même prudemment conduit, peut traverser des organes dangereux, dont la blessure peut être mortelle par elle-même (cas de Bryant qui traversa la veine porte), ou par les complications qu'elle amène. Il peut arriver, en effet, que des anses intestinales soient au-devant de la tumeur à ponctionner, les anses peuvent se déplacer, fuir devant le trocart, mais il peut aussi les traverser, et si ces blessures peuvent n'entraîner aucun accident de perforation, l'aiguille, elle, peut être infectée et ensemencer le liquide du kyste dans lequel elle pénètre ensuite. Cet accident n'est pas un mythe, la suppuration s'est produite dix-huit fois sur 128 cas (Murchinson, Démars), soit une proportion de 14 p. 100.

Nous verrons plus loin les dangers des kystes suppurés, disons cependant que ce sont peut-être les plus dangereux, car ils se rupturent fréquemment, amènent une péritonite primitive, souvent mortelle, tandis que les germes issus du kyste, et non altérés par la suppuration, vont coloniser dans l'abdomen et dans le petit bassin.

Le tableau des complications de la ponction est déjà bien chargé, ce n'est pas encore tout cependant. A la suite de la ponction, et même sans rupture secondaire, une certaine quantité de liquide hydatique fertile s'écoule au cours ou après la ponction. On a pu voir, en effet, en pratiquant des ponctions sous le contrôle de la vue, du liquide s'écouler lors de la perforation. Il en est de même du reste après la ponction des kystes de l'ovaire. Dans ces cas, l'aiguille restant en place, on voit du liquide sourdre entre elle et la paroi,

Cet exsudat résulte d'un fait physique bien simple : lorsque le trocart a pénétré dans le kyste, celui-ci était sous tension, sa paroi bien tendue ; au premier contact, il persiste une occlusion complète, totale de la perforation, mais dès que le liquide s'écoule, la tension diminue, les parois de la poche non tendue gondolent légèrement, créant ainsi de légers pertuis par lesquels peut s'écouler une certaine quantité de liquide, quantité variant suivant le volume du kyste, sa tension, l'épaisseur de ses parois, la zone ponctionnée et le volume du trocart.

Après la ponction, qui jamais n'a pu assécher complètement la poche, celle-ci se ratatine, revient sur elle-même, non pas tant par l'élasticité de ses parois que grâce aux poussées des différents organes qui l'entourent. Ceux-ci qui avaient été repoussés, déformés, plus ou moins rejetés excentriquement, tendent à reprendre leur place, mais il se fait alors une espèce de brassage du liquide kystique, celui-ci, naturellement, cherche à échapper à cette pression et si l'orifice de ponction est encore béant, il s'écoule par là dans l'abdomen, pouvant donner des accidents toxiques, mais causant presque sûrement une contamination plus ou moins discrète de la zone environnante. Cet ensemencement reste latent pendant de longs mois, souvent même pendant plusieurs années, et les opérateurs parlent de guérison alors qu'ils ont créé une complication beaucoup plus sérieuse que la maladie primitive.

Pour finir cette liste des complications possibles, ajoutons qu'en retirant le trocart imbibé du liquide

fertile, puisqu'il était plongé en son milieu, il lui faudra traverser des tissus contractiles, élastiques, qui se resserreront autour du corps étranger qui les a pénétrés. Dans ce cas, les particules qui sont restées accolées au trocart sont happées, fixées par les tissus et peuvent devenir l'origine d'autant de kystes secondaires qui pourront être tenus par certains pour des coïncidences, des manifestations tardives d'une même infection alors qu'ils sont réellement dus au traitement.

La ponction expose aussi à d'autres risques. Le kyste hydatique est formé d'une membrane conjonctive assez résistante, d'une membrane externe : la cuticule et d'une interne : la membrane germinale. Tant que le kyste reste vivant et sous tension, ces deux membranes restent accolées ; si la tension diminue, la membrane germinale peut se décoller brusquement, partiellement ou non, et glisser le long du trocart, même bien maintenu. A ce moment, le liquide s'arrête de couler et l'on peut croire la ponction finie, mais les scolex peuvent passer dans l'interstice néoformé situé entre les deux cuticules et là, coloniser et former de nouveaux kystes semblables au premier, à moins que, grâce à la solution de continuité produite dans la membrane du kyste, ils ne s'écoulent dans le ventre, ainsi que le liquide non retiré par la ponction et qu'ils n'aillent infecter la cavité abdominale et le bassin et donner naissance à de nouveaux kystes qui ne deviendront notables ou gênants que souvent de longues années après la ponction.

Volkmann, déjà, en 1877, avait fait remarquer ces

nombreux inconvénients. Il faut compter, disait-il, avec le danger que, le long du trocart, des germes échinococciques parviennent dans la cavité abdominale. Nous avons, ajoutait-il, observé à Halle, un cas qui ne peut guère s'expliquer autrement, on avait fait une ponction, et plus tard, on trouva un semis généralisé d'échinocoques sur le péritoine, de sorte que force était d'admettre que du liquide avait pénétré dans la cavité abdominale le long du trocart et que des germes s'étaient greffés sur le péritoine.

Depuis, de nombreuses observations de kystes hydatiques multiples développés à la suite de ponctions ont été relatées. Nous en rapportons quelques exemples qui nécessitèrent l'intervention.

Pour obvier à la fréquente inefficacité de la ponction évacuatrice, les chercheurs essayèrent de la faire suivre de l'injection d'une substance capable de tuer le parasite. Cadet de Gassicourt et Dolbeau ayant remarqué que les kystes communiquant avec les voies biliaires guérissaient parfois spontanément, eurent l'idée de traiter ces kystes en introduisant de la bile à leur intérieur. Voisin, en 1857, réalisa cette idée.

Quand la bile eut cessé de plaire, elle fut remplacée par la teinture d'iode (Bonnet, Chassaignac, Aran) ; mais alors de nombreux accidents (iodisme, péritonite) firent abandonner la méthode.

Elle fut tirée de l'oubli lors de la découverte des antiseptiques. Ce fut le sublimé qui inaugura cette rénovation. Employé par Mesnard, en 1884, qui obtint ainsi la guérison d'un kyste suppuré, cette méthode fut défendue par Debove, en 1888, devant la Société

Médicale des Hôpitaux de Paris. Ce procédé de Debove-Mesnard est caractérisé par l'évacuation aussi totale que possible du liquide kystique et le lavage de la cavité à l'aide d'une grande quantité d'antiseptique.

En 1887, Bacelli, en Italie, Sennet en Angleterre, préconisèrent une autre méthode, dite de « Bacelli Sennet ». Ici, on aspire quelques centimètres cubes de liquide hydatique et on les remplace par une quantité à peu près égale de liqueur de Van Swieten (10 à 20 centimètres cubes) que l'on abandonne dans le kyste.

Une autre variante fut prônée par Hanot. C'est une combinaison des deux autres méthodes énoncées plus haut. Après avoir retiré tout le liquide, Hanot n'injecte dans le kyste qu'une faible quantité d'antiseptique (du sublimé, par exemple), à dose non toxique, qui est abandonné dans la cavité.

Malgré les liquides employés : acide phénique (Verneuil), sulfate de cuivre, eau naphtolée (Chauffard-Merklen), benzoate et peptonate de mercure, sublimé (Mesnard, Debove, Bacelli, Sennet, Hanot), ces méthodes, qui devaient tuer les hydatides et guérir les kystes suppurés, firent faillite.

L'acide phénique, ou bien tuait les malades par sa toxicité, ou laissait le kyste et ses éléments bien vivants. L'eau naphtolée exposait à l'infection du kyste, le sublimé devait être employé à dose assez forte pour être efficace.

Si l'on examine le bilan de ces différentes méthodes, on voit qu'il est très chargé, Malgré quelques beaux

succès qui ont été publiés, l'injection parasiticide ainsi comprise peut être considérée comme infidèle dans la plupart des cas. Les échecs sont nombreux, les guérisons insuffisamment constatées, car beaucoup de malades, cités comme guéris, n'ont été qu'améliorés et les observations s'arrêtent souvent à la date de sortie de l'hôpital, c'est-à-dire quelques jours parfois après l'intervention. Du reste, Morin, qui se montre très enthousiaste de la méthode, donne une statistique de 27 cas où l'on trouve, en considérant bien les observations, 9 insuccès, soit 33 p. 100, et 18 succès, mais sans contrôle éloigné.

Bien que les prôneurs de la méthode aient surtout envisagé la guérison des kystes hydatiques suppurés, qui seraient « le triomphe de la méthode », on a vu, non seulement des kystes hydatiques suppurés ne pas guérir, mais même, par une cruelle ironie, des kystes simples suppurer.

Tous les autres inconvénients de la ponction persistent, la seule modification bien visible de la méthode est d'avoir compliqué un procédé simple et de l'avoir rendu, si possible, encore plus dangereux.

En effet, il peut arriver, et il est arrivé que le liquide parasiticide, toujours toxique, ayant été injecté (procédé de Debove), il fut impossible de le retirer (aiguille bouchée, Trélat), et on abandonna alors dans le kyste une quantité d'antiseptique suffisante pour amener la mort, qui survint dans les cas de Wilbouchevitch, de Félizet, de Verneuil, ou tout au moins pour causer des accidents inquiétants.

D'autre part, la quantité de liquide parasiticide

laissée en place (méthode Bacelli ou Hanot) est le plus souvent insuffisante, elle est, du reste, absolument arbitraire, et tel gros kyste ne laisse échapper que peu de liquide s'il contient beaucoup d'hydatides, tandis qu'un kyste moyen, qui n'en contient pas, laissera s'écouler tout son contenu.

Donc, et peut-être encore plus que la ponction simple, la ponction suivie d'injection parasiticide doit être rejetée comme seul traitement des kystes hydatiques, même si, comme Franke, en 1900, l'avait proposé en Allemagne, Thiénot, en 1902, en France, Biondi, Nardi, Santucci, en 1905, en Italie, la ponction se fait « à ciel ouvert », c'est-à-dire après laparotomie.

Le même discrédit s'est attaché à la méthode de « Bacelli au formol », préconisée par Chaput, en 1906, à la Société de Chirurgie de Paris.

Tous ces procédés tendent à disparaître et la ponction, même exploratrice, doit être rejetée, car elle expose aux mêmes complications que la ponction curatrice. En créant une solution de continuité, elle conduit, comme toutes les lésions de ce genre, à la rupture et à ses suites si néfastes.

Il peut arriver, cependant, que, par erreur, on ait ponctionné un kyste hydatique. Que faire ? La solution diffère suivant que l'on peut trouver facilement du formol en solution à 1 ou 2 p. 100, ou que l'on est livré à ses seules ressources.

Si l'on peut se procurer rapidement une solution de formol, il faut laisser le trocart en place, mais oblitérer son orifice. Recommander au patient le repos le

plus absolu, puis, la solution parasiticide étant prête, en injecter dans le kyste, à l'aide d'une aiguille très fine, une quantité assez abondante et laver ainsi plusieurs fois la poche. Nous basons cet avis sur les considérations suivantes : si l'on enlève le trocart de suite, le liquide scolicifère s'écoulera dans le ventre et l'ensemencera ; si on laisse couler du liquide, la membrane germinale risque de se déplacer et la solution formolée pénétrera entre les deux membranes et partant, ne sera pas utilisée. Au contraire, le trocart restant en place, rien ne bouge et en faisant un grand lavage à l'aide de l'aiguille, on a toute chance de stériliser le contenu et de réduire au minimum les inconvénients de la ponction.

Si la solution parasiticide fait défaut, il semble alors qu'il faille vider le kyste le plus complètement possible afin d'éliminer le plus de germes hydatiques, ou plutôt afin d'empêcher la dissémination d'un moins grand nombre de germes, puis se comporter comme s'il s'agissait d'une rupture récente.

Il est bien évident toutefois que ce traitement, tout d'exception, ne doit être employé que si l'attente doit être courte et le malade docile.

En étudiant les causes de la rupture des kystes hydatiques, nous avons vu qu'elle résulte d'un excès de tension. Nous ne reviendrons pas sur ces causes, disons simplement que le kyste rompu peut contenir, soit du liquide clair « eau de roche », soit du pus, soit de la bile.

L'évolution est différente, aussi l'envisagerons-nous, dans chaque cas, en indiquant le traitement ins-

titué pour éliminer les germes épanchés, guérir les lésions qui en sont déjà résultées et traiter le kyste rompu.

1° *Il s'agit de la rupture d'un kyste simple.*

Autrefois, on se contentait d'attendre, mais il nous semble qu'à l'heure actuelle, connaissant les suites immédiates de la rupture : la dissémination dans l'abdomen d'un liquide fertile, et surtout les suites éloignées : formation de kystes hydatiques multiples, l'hésitation n'est plus de mise, *il faut intervenir.*

Dès la rupture, le contenu du kyste (vésicules filles, scolex) se trouve libre dans le péritoine qui n'a pas encore eu le temps de réagir et d'englober tous ces corps étrangers, ou dans ses replis, ou au milieu d'adhérences fibrineuses. Attendre, c'est voir s'enkyster tous ces germes hydatiques en puissance, c'est voir les adhérences de lâches et fibrineuses, devenir adhérentes et fibreuses ; aussi, chaque minute écoulée, depuis la déchirure du kyste, constitue une aggravation de l'affection.

La rupture du kyste hydatique doit être considérée par les cliniciens, comme un accident très grave, nécessitant une opération d'extrême urgence.

Nous ne sommes plus au temps de Cadet de Gassicourt, où toute intervention dans ces conditions amenait la mort du malade, il faut opérer. Mais, à ce moment, quelle doit être la conduite opératoire ? Très peu de temps après la rupture, dont nous avons étudié les symptômes, le kyste primitif rompu est plus ou moins affaissé, mais facilement reconnaissable, car ses parois ne sont pas encore recroquevillées,

rétractées, et à ce moment, il peut être retrouvé facilement ; son contenu (vésicules proligères plus ou moins volumineuses, scolex toujours en nombre considérable) s'est répandu dans la cavité abdominale et après un contact plus ou moins intime et prolongé avec les anses intestinales et l'épiploon, est allé se collecter dans le petit bassin. Il nous semble que, dans ce cas, les données du problème sont simples : d'une part, un kyste vide ou qui décharge encore son contenu dans le ventre, mais qui reste toujours dangereux, de l'autre, un liquide toxique et fertile ; il faut traiter le kyste, puis expulser de la cavité abdominale les corps étrangers, les parasites qui le menacent.

Une large laparotomie s'impose. Elle seule permettra à l'opérateur, d'une part, l'accès au kyste primitif, d'autre part, l'abord facile du petit bassin. « On enlèvera avec soin les vésicules filles disséminées dans les flancs et les fosses iliaques et surtout celles qui auront été s'accumuler dans le bassin. On « épluchera » l'épiploon. Il faudra se rappeler alors qu'on n'aura enlevé ainsi que « le plus gros », qu'on nous pardonne cette expression. Si le kyste n'a semé dans le péritoine que ces invisibles vésicules proligères et scolex, l'intervention sera évidemment plus illusoire ». Tels étaient les conseils donnés par M. Dévé dans sa thèse (1901).

Le plus simple, nous semble-t-il, serait d'adopter la technique suivante : Dès l'ouverture du ventre, occlure la perforation kystique, afin d'empêcher toute nouvelle inoculation pendant les manœuvres que va

nécessiter le nettoyage de l'abdomen, stériliser son contenu à l'aide de l'injection formolée habituelle, puis assécher la région périkystique. Il sera parfois utile ou nécessaire de brancher une incision horizontale afin d'avoir un accès facile sur la lésion.

Il nous semble que l'emploi d'un aspirateur facilement maniable, tel l'aspirateur de Villard, peut rendre dans ce cas de grands services, en permettant l'expulsion la plus complète possible de toutes les particules disséminées dans la région. Pour faire ce déblaiement, le plus facilement possible, il pourra suffire, le malade étant en position de Trendelenbourg inversée, de placer l'aspirateur au fond du cul-de-sac de Douglas. Ce temps effectué, et il ne prendra que quelques instants, deux règles de conduite s'offrent à l'esprit, ou bien : répandre du liquide parasiticide (injection formolée) au niveau du kyste rupturé, faire un large lavage de la région ; le liquide, suivant le même chemin que lors de la rupture, pourra entraîner sur son passage tous les germes restants et les rassembler dans le petit bassin d'où ils sont aspirés. Mais, les anses intestinales n'ayant plus de mouvement actif, on peut craindre que certains foyers ne restent indemnes. On pourrait alors, à l'aide de compresses montées, imbibées de la solution de formol tiède, faire le nettoyage systématique de toutes les anses intestinales et du mésentère, des côlons et de leurs mésos, puis terminer par la stérilisation du petit bassin. Cette deuxième façon de faire paraît être plus logique, mais elle est plus longue, et l'état général du

malade, les caractères du pouls pourront donner à ce sujet des indications importantes.

Que l'on emploie l'une ou l'autre méthode, il nous semble qu'il sera toujours sage d'installer un drainage vaginal chez la femme ou de laisser un gros tube dans le cul-de-sac vésico-rectal chez l'homme. L'aspiration pratiquée à plusieurs reprises dans la journée pourra donner aussi les meilleurs résultats.

Mais avant de refermer l'incision (il y aura tout avantage pour aller vite à fermer la paroi en un seul plan à l'aide de fil d'argent ou de bronze d'aluminium, par exemple) il faut s'occuper du kyste rompu.

Si la déchirure était faible et put être obturée, le formol injecté dans la cavité a eu le temps d'agir, et on interviendra alors sur un kyste stérile. Il est plus prudent, néanmoins, de garnir la région avec des champs imbibés de la solution formolée, comme l'a recommandé M. Walther (Société de Chirurgie, 1906). Comme l'opération a déjà duré un certain temps et que l'on doit veiller à aller le plus rapidement possible, il semble que, dans ces cas, il faille faire le minimum. Si l'extirpation est facile, la pratiquer, sinon, après résection ou non des bords de la rupture qui ont pu conserver des scolex adhérents dans les éraillures de la plaie, instituer le traitement le plus simple : la réduction sans suture (peu à recommander) ou avec suture, ou la marsupialisation.

Il ne nous semble pas que la résection de l'épiploon soit ici à conseiller. Rappelons-nous, en effet, qu'il s'agit d'un malade déjà shocké de par sa rupture, que nous ajoutons d'autre part et par une intervention

qui, quoique rapide, sera pourtant toujours assez longue, et par l'exposition à l'air de l'intestin, une chute de la tension sanguine assez appréciable, et pour guérir la maladie, il ne faut pas tuer le malade. Du reste, l'épiploon, toujours facilement accessible, peut être surveillé facilement et rien ne serait plus commode, si on en avait le désir, que de l'extirper au cours d'une intervention ultérieure.

Pour lutter contre les phénomènes de shock, l'opéré sera porté dans un lit bien chauffé ; il sera mis en position de Fowler pour faciliter le drainage de sa cavité péritonéale. Des injections de sérum adrénalisé, d'huile camphrée et de spartéïne, par exemple, seront pratiquées afin de relever la tension sanguine et de soutenir le cœur.

Le malade guéri de son intervention ne devra pas se considérer comme indemne, il sera prévenu des suites possibles de la rupture et devra se soumettre à une surveillance éclairée et continue qui permettra de dépister, à son début, une greffe toujours possible. Le palper abdominal nous dévoilera les kystes épiploïques, le toucher rectal ou vaginal les néoformations du bassin, enfin, et surtout, la recherche de l'éosinophilie, ou plutôt de la réaction de fixation ou de la précipito-réaction permettra de suivre l'évolution et de prévoir les complications.

2° *Il s'agit de la rupture d'un kyste suppuré.*

L'apparition d'une suppuration est due le plus souvent au passage d'une bile infectée dans la cavité kystique. La preuve en est donnée par la constatation d'un manière presque constante, du colibacille dans le

contenu kystique devenu trouble (Minas, Dévé). Cette bile est parfois très virulente, grâce à l'adjonction de streptocoques ou de staphylocoques (Gilbert et Lippmann). Que cette association soit la conséquence d'une perforation de gros canaux infectés ou d'un état général déficient, ou d'un état de moindre résistance, il n'en résulte pas moins que du ou des microbes en cause dépendra la virulence du liquide.

Ces kystes suppurés soumis aux mêmes conditions que les autres kystes peuvent naturellement se rompre pour les mêmes causes, mais la formation fréquente de gaz fétides résultant de l'évolution de microbes anaérobies est une condition adjuvante très importante, car souvent elle provoque à elle seule la déhiscence.

Nous avons vu que, dans ces cas, il peut se produire une péritonite, soit suraiguë, foudroyante, emportant le malade en quelques jours, soit aiguë. Parfois aussi la réaction péritonéale, qui accompagne la suppuration, crée des adhérences protectrices plus ou moins épaisses, qui limitent la diffusion du pus. Il se forme alors des poches de péritonite enkystée.

Dans la forme suraiguë, foudroyante, sur les symptômes de laquelle nous ne reviendrons pas, il s'agit de l'épanchement d'un liquide ultra-virulent. Le diagnostic, dans ces cas, n'est le plus souvent pas porté et la laparotomie médiane s'impose comme dans tous les cas douteux. L'état général est profondément atteint, l'intoxication hydatique et septique sont surajoutées, il faut donc aller très vite et se contenter du minimum.

Si le kyste rompu est facilement accessible, le marsupialiser, sinon, à l'aide de compresses, l'isoler du restant du ventre, puis installer un drainage très sérieux. Celui-ci sera constitué par un drain placé dans la région hépatique, un second dans la fosse iliaque droite, un troisième dans la fosse iliaque gauche, et un dernier dans le bassin.

Ce drainage multiple a été critiqué dans ces derniers temps et on proposa de lui substituer le seul drainage du bassin. Ce procédé peut suffire dans les cas ordinaires, où seule, la présence du pus est un danger, mais il nous semble qu'ici, où le liquide, en plus de sa purulence, est encore scolicifère, il faille s'ingénier à en empêcher la stagnation, même la plus passagère. Du reste, l'objection faite au drainage multiple (la diminution de la pression abdominale) peut être levée, si l'on a soin de suturer hermétiquement les différents plans autour des tubes.

Le malade sera placé en position de Fowler, on lui fera des irrigations rectales, chaudes, continues, à la façon de Murphy, et des injections de tonique cardiaque lui seront pratiquées. Enfin, on installera le courant d'oxygène qui, nous l'avons vu dans le service de notre Maître, M. le Professeur Weiss, donne souvent, dans les cas de péritonite suraiguë, des résultats surprenants, vraiment merveilleux.

Si l'opéré survit, il faudra se souvenir qu'il existe un kyste rompu, des voies biliaires infectées, et un liquide fertile qui ensemença le péritoine. Il faudra se comporter alors comme dans le cas d'une rupture

ancienne plus ou moins compliquée d'un cholépéritoine...

Si le contenu du kyste était moins septique, il se produira une péritonite aiguë, à évolution plus lente et à symptômes moins bruyants. La rupture a pu se produire plus ou moins brusquement et tous les signes de la péritonite (ballonnement et contracture du ventre, constipation, vomissements, fièvre) n'apparaissent que lentement. L'étude des antécédents, l'histoire de la maladie actuelle, permettront parfois de poser le diagnostic, mais comme la palpation est difficile, voire impossible en raison de la contracture abdominale et de la douleur à la pression, il faut pratiquer une laparotomie médiane, mais le siège de la lésion reconnu, il sera parfois nécessaire de brancher une incision horizontale qui permettra d'avoir un libre accès sur le kyste.

Pour l'explorer plus facilement, on pourra, après protection du restant de la cavité péritonéale, sectionner le ligament suspenseur du foie, attirer cet organe dans la plaie et alors, ou extirper (Leriche), ou marsupialiser le kyste rompu ; la réduction sans drainage qui peut être pratiquée même dans les cas de kyste suppuré (Quénu), ne nous apparaissant pas prudente ici.

Nous ne pensons pas, à l'encontre de Houlez, qu'il soit indiqué dans ces cas, de rechercher et de traiter les kystes du foie qui peuvent être reconnus. Le temps est trop précieux et des recherches plus importantes s'imposent. Il faut, en effet, pratiquer l'examen des voies biliaires, si souvent obstruées (Leriche, Charcot,

Syers, Beyer), causes de tout le mal, car les accidents proviennent de l'angiocholite.

Le traitement de choix est l'évacuation de la bile et des fragments hydatiques septiques contenus dans les voies biliaires, complétée par le drainage de la voie principale.

Cette cholédocotomie est le plus souvent délicate, car le cholédoque, noyé au milieu d'adhérences, est difficile à percevoir, mais il faut s'obstiner à sa recherche, car là, et là seul, est le salut. Comme dans ces cas, l'infection est le plus souvent généralisée à toutes les voies biliaires, il sera souvent très utile de commencer par une cholécystostomie. Grâce à l'ouverture de la vésicule, suivie, si le besoin s'en fait sentir, de l'incision du cystique, on arrivera fatalement sur le cholédoque. Celui-ci ouvert, il faudra pratiquer le « ramonage » des voies supérieures et ne s'arrêter que lorsqu'on sera sûr de la perméabilité complète de l'hépatique. L'écoulement de bile qui s'ensuivra viendra, d'ailleurs, en donner une preuve évidente. Il faudra naturellement aussi assurer le passage de la bile dans le duodénum.

Un drainage permanent suivra ce cathétérisme, il sera maintenu une quinzaine de jours environ, et devra, pendant tout ce temps, laisser s'écouler une quantité plus ou moins grande de bile. Si celle-ci faisait défaut, l'aspiration pratiquée par le drain (Duval) permettra de lever l'obstruction en retirant parfois de fausses membranes ou des corps étrangers, et remettra tout en ordre.

Quant à la vésicule, si elle fut incisée, il sera plus

simple de lier le cystique et de terminer par une cholécystectomie qui sera à la fois plus sûre et moins longue que l'établissement d'une fistule vésiculaire après suture de l'incision effectuée. Cette ablation aura encore un autre avantage, c'est qu'en extirpant la vésicule, on extrait le plus souvent un organe enflammé, épaissi, plein de liquide louche, rempli souvent d'hydatides, d'où nuisible.

Quant au liquide purulent, aux vésicules filles et aux scolex déversés dans l'abdomen, le temps est trop précieux ici, car la vie du malade est en danger, que pour vouloir tout enlever, le drainage pelvien, accompagné ou non du drainage iliaque, est le seul traitement que l'on puisse proposer.

Avant de refermer l'incision, on pourra abandonner dans la cavité abdominale et suivant les préférences des chirurgiens, soit de l'éther (Morestin), soit de l'huile camphrée (150 grammes dans le cas de Leriche).

Le traitement post-opératoire sera le même que celui envisagé plus haut.

La rupture des kystes purulents n'est pas toujours aussi grave et peut provoquer de simples péritonites enkystées, qui communiquent largement avec le kyste rompu. L'incision large, pratiquée au point culminant de la collection, permettra un lavage soigné de la poche à la solution formolée, puis au sérum, et sera suivie d'un bon drainage. Ce simple traitement peut suffire, mais s'il existe une obstruction des voies biliaires, une intervention, spéciale le plus souvent, pourvoira à leur déblaiement.

Quand ces accidents aigus seront passés, il faudra pratiquer un examen complet du sujet, voir s'il existe d'autres kystes et proposer au malade, déjà instruit par sa propre expérience, un traitement complémentaire, qui sera la destruction de tous les foyers dangereux.

A côté de ces cas aigus, il en est d'autres où les signes qui accompagnent la déchirure disparaissent rapidement, où il ne persiste guère qu'une sensation de courbature générale avec endolorissement abdominal. Tous ces malaises sont parfois si peu accentués, que les malades ont pu reprendre leur travail dès le lendemain. Mais alors apparaît un ballonnement du ventre, accompagné des signes d'un épanchement pour lequel la ponction est rendue nécessaire en raison de l'accroissement progressif du liquide. On arrive alors à évacuer 8, 10, 20, jusqu'à 40 litres de liquide, et, fait à noter, il peut se reproduire rapidement.

La présence de la bile dans cet épanchement indique la nécessité d'une intervention, d'autant plus utile que :

1° Le kyste hydatique rompu a besoin d'un traitement spécial, car plus que tout autre, il est exposé à l'infection et sa libre communication avec l'abdomen rend sa suppuration dangereuse ;

2° Les débris hydatiques, et surtout les vésicules filles, ne peuvent être évacués par la ponction, et comme ils supportent fort bien le contact de la bile, ils font courir au malade les risques d'une échinococcose secondaire ;

3° La fistule cholépéritonéale n'a pas, ou presque pas de tendance à s'oblitérer spontanément, car le plus souvent, il s'agit d'une perforation siégeant au milieu de tissus fibreux, rigides, donc ne pouvant s'accoler facilement ;

4° Il peut se produire une oblitération du cholédoque, qui rendra la situation encore plus sérieuse ;

5° L'existence ou l'apparition d'angiocholite vient souvent assombrir le tableau clinique.

Ici encore, l'insuffisance de la ponction est manifeste. Voici le résumé de quelques observations : 3 ponctions en 15 jours (Richard), 2 en 15 jours (Féréol, Carnot), 3 ponctions en un mois (Bertin), 2 ponctions en 1 mois (Foerster), 2 ponctions en 2 mois (Verco), 3 ponctions en 3 mois (Mansell-Moulin, Queyrat), 4 ponctions en 4 mois (Dupré), 5 ponctions en 5 mois (Boiteux), 6 ponctions en 1 an (Riemann), 2 ponctions en 4 ans (Robinson), 10 ponctions en 10 ans (Pericic et Lalic), et pour quelques cas très rares, où l'état général reste bon, le plus souvent il s'altère et l'évolution devient alors rapidement fatale.

Si nous examinons les résultats obtenus par la ponction, nous trouvons, sur les 18 cas traités :

2 améliorations (Lallich, Péricic et Lalic). Dans un cas, la ponction est nécessaire tous les ans, dans l'autre, il existe une échinococcose manifeste du péritoine.

2 résultats inconnus (Hartwig, Dupré).

8 morts, soit 44 p. 100, dont 5 sur 20 après une ponction (Bertin, Murchinson, Budor, Verco, Dévé). Une après 2 ponctions (Vital), 1 après 3 ponctions (Richard) et 1 après 5 (Boiteux).

6 guérisons, soit 33 p. 100, dont deux après une ponction (Jalaguier-Broca, Gratia), 1 après 2 ponctions (Foerster), 1 après 2 ponctions, suivies de drainaige et de lavage de la poche (Féréol), 2 après 3 ponctions (Bertin, Queyrat).

Voici les résultats éloignés de ces guérisons : Féréol perdit de vue sa malade deux mois et demi après la dernière intervention, le malade de Queyrat conservait une grosse tumeur de l'hypocondre droit. Trois ans après l'opération, l'opéré de Foerster se fit hospitaliser pour des kystes de l'épiploon qui allaient en augmentant. Le malade de Bertin mourut un an et demi plus tard par rupture d'un kyste du foie. L'enfant opéré par Broca succombait deux ans après la ponction, porteur de kystes hydatiques multiples, ceux-ci se seraient produits chez le malade de Gratia à la suite d'une seconde rupture. Donc : une guérison contrôlée seulement pendant deux mois et demi, deux guérisons incomplètes, et trois généralisations. Voilà le bilan de la guérison, aussi n'insisterons-nous pas plus sur ce mode de traitement.

Les mauvais résultats ont fait abandonner la ponction, qui peut être utile comme moyen de diagnostic, mais est notoirement insuffisante comme méthode thérapeutique. On eut alors recours à la laparotomie. Quémin en donne une statistique de 19 cas ; nous y ajouterons 2 observations publiées par Cauchoix, 1 cas de Morestin, en tout : 22 observations.

Il y eut 7 morts (soit 33 p. 100) survenues 2 le deuxième jour (Riemann), il y avait eu déjà 2 ponctions pratiquées (Kablukoff), rupture traumatique du

foie et déchirure de 8 centimètres, une le troisième jour, de péritonite (Beckmann), la malade avait été ponctionnée et la péritonite existait lors de l'intervention, 2 le quatrième jour, de péritonite (Péricic et Lalic), la ponction avait retiré du pus (Norris), une au bout de quelques jours (Carnot), la malade avait déjà été ponctionnée 2 fois ; une, trois semaines après l'opération (la malade était déjà cachectique lors de l'intervention).

Sur ces 7 morts, constatons simplement que 4 avaient été déjà ponctionnés, et que la péritonite qui les emporta doit plutôt être mise sur le compte de la ponction que sur celui de la laparotomie ; il ne resterait donc véritablement que 3 morts dues à la laparotomie et, parmi elles, il s'agissait, dans un cas, d'une malade quasi mourante qui, en toute justice, ne devrait pas être comptée. Il reste donc 2 cas mortels, soit 9 p. 100 de mortalité après la laparotomie.

Il y eut 15 cas de guérison, soit 67 p. 100. Plusieurs résultats ne furent contrôlés que pendant quelques semaines. Ce sont les cas de Caffarena, Cauchoix, Guibal, Morestin, de Qeurvain, Jonnesco, Robinson, Riemann, Tusini, Verco. Les auteurs notèrent une amélioration très notable de l'état général, malgré la persistance d'une fistule.

La malade de Périer fut revue plus d'un an après l'opération, « elle a bon appétit et reste sans aucune sensibilité du ventre » ; celui de Jaboulay était très bien portant quatre mois après l'intervention. Le malade de Dévé, opéré par Bataille, avait, trois mois après, un état général parfait ; celui de Mansell-Mou-

lin était bien portant plusieurs semaines après l'opération.

Il faut citer un insuccès (Debove-Soupault).

La laparotomie, traitement de choix, devra permettre de bien voir toutes les lésions, de trouver le siège du kyste rompu, d'explorer le foie, puis, et surtout, d'évacuer tout le liquide épanché dans le péritoine, ainsi que les lambeaux fibrineux, les fausses membranes, qui renferment souvent des scolex, bref, tous les débris hydatiques répandus dans l'abdomen.

Dans les 4/5 des cas, le liquide occupe la totalité ou la presque totalité de la cavité péritonéale. Dans 1/5 seulement, l'épanchement est partiel et limité par adhérences, forme une poche irrégulière sous et péri-hépatique. Comme le siège du kyste est le plus souvent ignoré, c'est l'incision médiane que l'on devra adopter, car c'est elle qui permet les recherches les plus étendues.

La toilette de la cavité péritonéale demande un grand soin, car de sa bonne application dépend ou la guérison complète, ou l'éclosion de l'échinococcose secondaire. Périer recommande de frotter la surface de la poche péritonéale avec des compresses ou des éponges afin d'énucléer les fausses membranes teintées de bile qui tapissent les parois de cette cavité. De plus, comme l'intervention est souvent tardive (de quelques jours à plusieurs mois après l'accident), ces frottements auraient un autre avantage, ils feraient éclater, détruiraient ou tout au moins détacheraient les petits néoplasmes parasitaires, les pseudo-tuber-

cules échinococciques encore au premier stade de leur évolution.

Ce gros déblayage pratiqué, et le ventre refermé, certains auteurs ont recommandé l'emploi des lavages. Féréol se servit d'une solution phéniquée à 2 p. 100. L'emploi de cette solution, trop concentrée, ne fut pas conservé, et l'on se servit d'eau salée à 35 degrés, mais ces lavages ne ramenaient les membranes que quelques jours après. Périer préconise l'emploi de naphtol camphré injecté par les drains.

Ces lavages secondaires ne parurent donner ni poussées de température, ni réaction douloureuse, mais de par leur institution tardive et aveugle, ils étaient voués à l'insuccès.

Michaux et Battle ont, au cours de leurs opérations, lavé le péritoine malade à l'eau oxygénée à 40 degrés. Selon M. Dévé, « un large lavage à l'eau bouillie ou à la solution physiologique chaude aurait l'avantage d'enlever mécaniquement les lambeaux de membranes, de vésicules filles et autres débris échinococciques qui pourraient rester cachés dans les multiples recoins de la cavité péritonéale ».

Puisque M. Dévé nous a montré la puissance tœnicide du formol, ne pourrait-on pas pratiquer le lavage de la cavité à l'aide d'une solution à 1 p. 100, quitte, si l'on craint l'intoxication, à faire suivre ce premier « bain formolé » du péritoine d'une irrigation abondante au sérum tiède. De plus, si l'action fixatrice du formol pouvait faire redouter une formation abondante d'adhérences, l'abandon dans le péritoine d'une certaine quantité d'huile (camphrée, par exemple)

lutterait activement contre ces néoformations, en même temps qu'elle serait un traitement préventif de la péritonite. L'heureux résultat de ces solutions huileuses a déjà été maintes fois constaté ; il n'est pas douteux que, dans le cas particulier, elles ne donneraient à leurs auteurs, une même satisfaction. Nous avons, du reste, commencé, à ce sujet, toute une série d'expériences qui nous renseigneront d'ici peu sur le bien-fondé de la méthode.

Une fois les lavages terminés, l'incision abdominale sera refermée en un ou plusieurs points, après installation d'un large drainage. Pour faciliter l'évacuation de la cavité abdominale, le malade sera mis en position mi-assise, et l'aspiration du liquide retenu pratiquée à plusieurs reprises dans les jours suivants. Elle sera accompagnée, à chaque reprise, d'un léger mouvement de torsion imprimé aux tubes. Cette petite manœuvre a pour but, tout au moins théorique, de rompre les légères adhérences qui ne tardent point à se former autour du tube et permet de faire durer le drainage un peu plus longtemps.

Mais avant de refermer le ventre, il faut s'occuper du kyste rompu, envahi par la bile. Cette recherche ne sera pas toujours facile et de Quervain, dans un cas, ne put y parvenir. C'est que le kyste est souvent entouré d'adhérences nombreuses et résistantes, mais il faut insister, car, de sa découverte, dépend beaucoup le pronostic. Le kyste rompu paraît le plus souvent semblable à un ballon crevé et renferme, fréquemment, à son intérieur, des restes de la vésicule mère, chiffonnés, ratatinés, et fortement colorés par

la bile, et souvent des vésicules filles affaissées. Il faut donc, après avoir garni la région de compresses imbibées de formol à 2 p. 100, déblayer le contenu de la poche et l'assécher, puis, chercher si la perforation biliaire est perceptible. Si la ligature est possible, la tenter, la guérison peut s'en suivre (Delbet), mais le plus souvent, l'oblitération de la fistule ne pourra être tentée, aussi faut-il songer, lors du traitement institué, aux conséquences qui peuvent résulter de son existence.

Nous ne voulons pas insister sur les différents traitements des kystes du foie ; disons simplement qu'ici l'énucléation est impossible et qu'il faut choisir entre la marsupialisation et la réduction sans drainage. Cette méthode, avec ses différentes variantes, réduction avec suture (Bond), suture et capitonnage (Delbet), réduction de la poche sans suture, avec ou sans résection des parois du kyste, peut être évidemment tentée, surtout si l'écoulement de la bile se fait librement et si le kyste n'est pas infecté. Il se forme alors une vésicule biliaire artificielle, qui peut subsister sans gêne ; malheureusement, s'il existe de l'infection, même légère (ce sera souvent le cas), si les voies biliaires s'obstruent, on risque une suppuration du kyste avec ses conséquences fâcheuses. L'examen attentif du patient permettra de surprendre ces complications à leur début et de recourir alors à la marsupialisation.

Nous devons dire que cette surveillance et cette recherche secondaire de la poche seront bien facilitées

si l'on peut pratiquer, ainsi que le recommande M. Quénu, la suture de la poche à paroi. La marsupialisation, en effet, suivie de drainage, est, comme nous le verrons, la cause de maintes complications, mais, dans les circonstances présentes, il sera souvent « plus sûr » (Cranwell) et « plus sage » (Dévé) d'y recourir d'emblée, quitte, si l'incision primitive n'est pas située en bonne place, à pratiquer une seconde ouverture qui permettra un bon drainage.

Trouver le kyste rompu et le drainer n'est pas tout, il faut profiter de l'intervention (si elle fut courte et que l'état général du malade le permette) pour explorer le foie et la région avoisinante, puis pratiquer la cure radicale des kystes rencontrés. Si l'état général du malade est trop précaire, il faudra les laisser en place, mais se réserver de les opérer dans une séance ultérieure, qui sera le plus rapprochée possible.

Ici encore, pour faire un traitement complet, il est indispensable de faire l'examen des voies biliaires, car souvent l'existence ou d'un obstacle (compression, amas de membranes, vésicules), ou d'angiocholite concomitante, nécessitera l'incision et le drainage des voies biliaires principales.

Comme dans tous les cas de rupture, le malade sera surveillé pendant des années, car, malgré les précautions prises, les scolex ont pu s'enkyster, rester fertiles malgré le contact de la bile et produire des kystes hydatiques multiples dont l'évolution n'a pu être arrêtée par les différents moyens de défense que possède l'organisme.

La pseudo-tuberculose échinococcique en est une

des plus curieuses manifestations. Nous savons que ces granulations peuvent être de deux sortes, ou spécifiques (pseudo-tuberculose prémonitoire de l'échinococcose secondaire), ou banaux (pseudo-tuberculose de guérison) résultant de l'englobement de débris hydatiques, sans que rien, à l'œil nu, permette de distinguer l'une de l'autre, ces deux lésions élémentaires.

Contre ces tubercules innombrables, il paraît impossible, *a priori,* d'installer un traitement chirurgical actif, car, d'une part, il existe une adhérence plus ou moins intime entre ces néoformations et les tissus sous-jacents, ce qui rend difficile et dangereuse leur ablation, qui risque de déchirer les organes sous-jacents, et, d'autre part, leur multiplicité fait abandonner tout espoir d'en réaliser une extirpation com-employer ici le traitement médical.

Les anciens médecins avaient cherché à atteindre le parasite à l'aide de certaines médications internes (iodure de potassium, mercure) ; aucun fait probant n'a été produit à l'appui de ces essais. Au contraire, Murchinson, Frérichs et Semmola, Thomassi, ont démontré que l'iodure de potassium, même pris à hautes doses pendant les jours qui précèdent la ponction ou l'opération, ne dialyse pas, à travers la membrane parasitaire, d'où reste sans action.

La teinture de Kamala, si vantée par les vétérinaires pour ses bons effets anti-helmintiques, fut employée par les médecins hollandais et australiens, sans plus de succès.

En Italie, Filetti et Piazza-Martini préconisèrent

l'usage interne de l'extrait éthéré de fougère mâle, et de Renzi prétendit même avoir obtenu, à l'aide de ce procédé, deux guérisons rapides, trop rapides même semble-t-il, car ces malades auraient été guéris au bout de quelques jours.

M. Dévé, qui étudia expérimentalement cette méthode, en faisant ingérer à des animaux des doses d'extrait éthéré de fougère mâle, proportionnellement égales, et même supérieures à celles recommandées par Renzi chez l'homme, n'a obtenu que des insuccès, malgré un usage très prolongé de cette médication.

Les moyens chimiques n'ayant pas réussi, on eut recours au procédé physique et la radiothérapie (à quoi n'a-t-elle pas été employée !) fut recommandée par Diaz de La Quintana, qui rapporta, en 1904, l'observation d'une femme guérie de kystes multiples et volumineux du foie, après quarante-sept séances de radiothérapie.

M. Dévé, étonné de ce résultat, soumit ces conclusions au contrôle expérimental. L'action des rayons X est, d'après ses recherches, absolument nulle et n'entrave nullement le développement de scolex placés sous la peau d'un lapin, c'est-à-dire placés dans des conditions exceptionnelles.

Il peut se faire que l'on arrive à trouver un traitement spécifique, qui pourrait alors atteindre toutes les lésions d'origine hydatique, même à leur stade embryonnaire. C'est même dans le cas de pseudo-tuberculose échinococcique que cette méthode serait idéale, car les lésions disséminées sur tous les replis péritonéaux, et jusque dans les recoins les plus inac-

cessibles, seraient ainsi très facilement annihilées. De plus, on n'aurait pas à s'occuper ici des « cadavres hydatiques » (Dévé) restants. Leur petit volume, leur isolement dans le tissu cellulaire, rendent illusoires les craintes d'infection secondaire qui, si souvent, vient compliquer la rupture de kystes hydatiques, même morts.

M. Dévé tenta de trouver ce traitement prophylactique idéal de l'échinococcose secondaire. Il tenta d'hyper-immuniser des cobayes et des chiens (animaux offrant une résistance naturelle aux inoculations de sable hydatique), en leur faisant, à maintes reprises, des inoculations de sable échinococcique. Leur sérum, si l'on se rappelle certains faits observés en pathologie, injecté au lapin, devrait rendre cet animal réfractaire aux inoculations de scolex. Malheureusement, les faits ne confirmèrent pas ces idées, et les tentatives expérimentales demeurèrent douteuses ou échouèrent. Toutefois, il ne paraît pas irrationnel de penser que quelque jour on pourra réussir à provoquer dans l'organisme l'apparition d'anti-corps capable d'arrêter le développement des germes spécifiques inoculés.

En attendant cette découverte, que pouvons-nous proposer ? On a tenté l'extirpation des lésions. Comme on pouvait y penser, *a priori,* et comme Reboul lui-même l'admet, cette extirpation ne peut être conseillée, car elle nécessiterait une dépéritonéisation étendue, irréalisable et dangereuse.

OBSERVATION 72

Reboul. — Congrès français de Chirurgie, 1903, p. 762.

Femme âgée de 18 ans. A l'âge de dix ans, la malade avait éprouvé de violentes douleurs abdominales. Un médecin appelé aurait constaté une tumeur. Un mois après, tout était rentré dans l'ordre. A seize ans, nouvelle crise de douleurs abdominales qui ne dure que quelques jours. A dix-sept ans, la malade se marie et devient enceinte. Accouchement normal, en février 1913. Le ventre reste volumineux après l'accouchement.

Examen : tumeur pelvienne.

Opération : kystes pelviens multiples, le péritoine du petit bassin est parsemé de petits kystes miliaires. J'excise quelques îlots et suture au catgut les pertes de substance séreuse. Ne pouvant enlever tous ces semis hydatiques sans dépéritonéiser le bassin, je touche ces petits kystes au naphtol camphré, n'ayant pas à ma disposition la solution de formol recommandée par Dévé. Les kystes extraits étaient en pleine évolution, aussi bien le grand kyste du ligament large que les petits kystes péritonéaux miliaires, ainsi que me l'a démontré l'examen microscopique.

L'extirpation de l'épiploon, qui fut proposée, est facile, mais ne donne pas grand résultat. Outre qu'elle supprime un organe, dont le rôle de protection est important, elle ne rend guère le pronostic plus favorable. L'épiploon, en effet, est toujours facile à extirper, s'il est le siège de kystes secondaires et ceux-ci, du reste, sont de beaucoup les moins gênants. Ce qui

serait utile, serait de pouvoir enlever les granulations pelviennes ou hépatiques.

La friction, à l'aide d'une compresse, ne saurait donner, dans la plupart des cas, de notables résultats, pour peu que les lésions soient anciennes.

Le lavage antiseptique ne peut être d'aucun effet, puisque les corps étrangers sont déjà bien fixés. Quant à l'attouchement des régions granuleuses avec un tampon imbibé de solution formolée, il nous semble illusoire, car un simple contact ne peut suffire pour tuer un germe sous-péritonéal, protégé par une épaisseur plus ou moins grande de tissus fibreux.

Aucune indication ne paraît donc s'imposer en cas de pseudo-tuberculose péritonéale, il n'en est pas de même si déjà des kystes hydatiques ont subi un certain développement. La conduite à tenir variera selon leur volume. Les petits kystes (volume d'un petit pois) seront écrasés à l'aide d'une compresse imbibée de formol à 2 p. 100 et changée à chaque manœuvre. Ceux d'un volume plus gros seront ponctionnés, stérilisés et enlevés, à moins que la pédiculation de ces kystes ne permette leur extirpation. Nous y reviendrons du reste plus loin. Mais, en général, on devra s'abstenir et cette conduite paraît d'autant plus légitime qu'un certain nombre de granulations sont destinées à entrer spontanément en involution, même après avoir subi un début de développement. Le plus sage paraît donc de surveiller ces malades longtemps, régulièrement, et d'être prêt à intervenir dès que les kystes secondaires se développeront et sans attendre l'apparition de complications.

OBSERVATION 73

Sabadini. — Thèse de Le Nouêne. Paris, 1913.

Une femme âgée de 35 ans, entrait dans le service se plaignant de douleurs sourdes dans l'abdomen ; elle déclarait que son ventre avait grossi depuis quelque temps. Le médecin qui la soignait avait trouvé, nous disait-elle, une tumeur dans le bassin et l'envoyait à l'Hôpital pour une opération.

A l'examen, nous trouvâmes une tumeur non dans le bassin, mais dans la fosse iliaque droite. Elle était aussi volumineuse qu'une grosse orange, rénitente et un peu mobile. A côté de cette tumeur, il nous semble en apercevoir d'autres, de petit volume. Le ventre était souple. Le foie paraissait normal, la malade n'avait présenté antérieurement aucun trouble hépatique.

Laparotomie médiane. Le ventre ouvert, nous trouvons le péritoine légèrement vasculaire et des tumeurs disséminées dans tout le bas-ventre, plus particulièrement à droite dans la fosse iliaque. Leur volume variait d'un grain de mil à une grosse orange. La tumeur qui avait ce dernier volume était unique, elle occupait l'angle iléocœcal supérieur.

Les autres avaient la grosseur d'une noisette, d'une amande. Les grains de mil, très nombreux, siégeaient plus spécialement sur les anses intestinales. Des tumeurs plus volumineuses se trouvaient dans la fosse iliaque droite et sur la paroi postérieure du bassin.

La plus grosse tumeur fut ponctionnée, vidée, ouverte, bien asséchée, nettoyée à la liqueur de Van Swieten et

fermée, à cause des difficultés d'extirpation. Le liquide retiré était limpide, eau de roche ; il n'y avait donc pas de doute : nous avions affaire à des kystes hydatiques. Les tumeurs plus petites furent pour la plupart énucléées : une simple incision sur le péritoine et la tumeur s'échappait sous la pression des doigts ; un point de suture au catgut fermait l'incision.

Le ventre fut fermé sans drainage.

La malade guérit par première intention et quitta l'Hôpital après un mois, ayant repris sa mine et ses forces. Depuis, elle n'a plus été revue. Elle serait sans doute revenue, comme elle l'avait promis, si elle avait de nouveau souffert.

A côté de ces cas, se traduisant assez précocement par une réaction péritonéale plus ou moins intense, on en rencontre d'autres où le déversement du contenu kystique dans le péritoine demeura absolument latent, ou ne se caractérisa que par une légère sensibilité abdominale, quelques coliques mal localisées qui disparurent rapidement, n'éveillèrent guère l'attention du malade et ne nécessitèrent pas l'intervention du médecin. Ce n'est que plus tard, plusieurs années après, que l'examen de l'abdomen sera pratiqué, lorsque le péritoine sera le siège du développement de kystes secondaires, car, nous l'avons vu, les phénomènes de compression sont tardifs, et l'état général n'apparaît touché que très tard (cachexie hydatique de Quénu et Duval).

Si l'on intervient, on se trouve alors en présence de kystes, nombreux, disséminés, et le chirurgien souvent surpris de cette invasion, se trouvant en face de

lésions qu'il connaît mal, improvise son acte opératoire. L'inspiration est-elle toujours heureuse ? Il importe, au contraire, de régler l'intervention à l'avance, autant que faire se peut, selon un plan basé à la fois sur l'examen approfondi du malade, et sur la connaissance de l'anatomie pathologique et de l'évolution de l'échinococcose péritonéale.

OBSERVATION 74

BOUSQUET. — Congrès de Chirurgie, 1898, p. 375.

J. M..., 17 ans. Souffre depuis un an de douleurs dans la région abdominale. Il a été traité pour une péritonite tuberculeuse et on lui a fait, il y a quatre ans, une ponction dans l'hypocondre droit à la partie moyenne du foie. Cette ponction a donné issue à un liquide clair comme de l'eau de roche, dans lequel, paraît-il, on n'a trouvé aucun corps suspect pouvant faire reconnaître la présence d'hydatides.

Garçon au visage pâle et allongé, annonçant la souffrance, abdomen énorme dont l'augmentation porte sur toute la hapteur. La palpation permet de reconnaître la présence de plusieurs masses arrondies et volumineuses ; on sent en divers points de la rénitence, une fausse sensation de fluctuation, mais rien de net. Les digestions sont difficiles, souvent accompagnées de vomissements et de coliques ; il existe des alternatives de constipation et de diarrhée et des envies fréquentes d'uriner.

Le 22 juillet, anesthésie au chloroforme. Incision partant de l'appendice xyphoïde et descendant jusqu'à l'ombilic. Nous nous trouvons en présence d'une série de kystes

hydatiques (on en a compté 300 à l'autopsie). Il y en a dans le foie, dans les parties abdominales et dans l'épiploon. Nous ne savons trop par où attaquer. Nous enlevons d'abord une grande masse épiploïque contenant plus de cinquante kystes dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une mandarine ; le paquet extirpé, nous trouvons un énorme kyste qui plonge dans le bas-fond de l'abdomen et s'insinue entre les organes jusqu'au fond du petit bassin. A moins de manœuvres nécessitées par le décollement de la vessie, à laquelle il adhère dans toute la superficie de sa face postérieure, le réservoir urinaire est déchiré transversalement dans toute son étendue, le kyste se déchire à son tour, et malgré cela, il nous est impossible de l'énucléer. La vessie est refermée avec soin, et comme nous voyons qu'il nous est impossible, quoi que nous fassions, de faire une opération complète, nous refermons l'abdomen. Le malade succombe deux jours après.

L'autopsie fut faite après. Il existait des kystes épiploïques, dix-sept kystes du foie et un kyste accollé à la vessie.

Avant de donner les grandes lignes de ce traitement, nous voudrions examiner les différentes interventions que l'on peut être amené à pratiquer, leurs indications et leurs contre-indications, rappeler ce qui a été fait, puis, connaissant la technique, montrer que l'intervention est utile, nécessaire et peut guérir le malade.

Quels sont les procédés à notre disposition pour la cure des kystes hydatiques ? Nous n'insistons plus sur l'emploi de la ponction, nous l'avons vue infidèle, inconstante, dangereuse et surtout insuffisante et si nous y faisons une nouvelle allusion, c'est qu'elle fut

employée, sans succès d'ailleurs, par différents auteurs (Alberti, Pauchet, Sklifosowsky, Wells).

Nous avons vu que la première condition du traitement était de bien voir le kyste. Le ventre ouvert, nous avons le choix entre plusieurs méthodes.

Une des plus anciennes est la marsupialisation. D'abord pratiquée en deux temps (Récamier, Bégin, Volkmann), ce procédé est encore la méthode de choix dans certaines cliniques allemandes (Jenckel, Erhlich), mais, rapidement ou lui substitua l'incision en un temps. Nous ne voulons pas insister sur sa technique connue de tous, et décrite dans les traités classiques, rappelons simplement que, l'abdomen ouvert, on peut, avec Landau, fixer temporairement le kyste à la paroi abdominale, pratiquer une ponction pour diminuer le volume du kyste, évacuer alors son contenu par une large incision et le fixer définitivement à la paroi. Ce procédé a remplacé celui de Lindemann, qui nécessitait la pose de fils nombreux destinés à bien fixer le kyste, car le passage de ces fils dans la paroi du kyste s'accompagnait souvent de l'issue au dehors d'une partie du liquide de la tumeur, cause de récidive.

OBSERVATION 75

Poulton. — Australian Médical Gazette. Sydney, 1896, p. 318.

Femme opérée, quatre ans auparavant, d'un grand kyste du foie par la méthode de Lindemann. A une deuxième

intervention, on trouve un grand kyste sous le lobe droit du foie et deux petits kystes de l'épiploon. Guérison.

La marsupialisation ou méthode de Lindemann-Landau peut être encore simplifiée, car l'emploi de la stérilisation préalable, que nous étudierons plus loin, permet de supprimer la fixation primitive et autorise la résection de la plus grande partie de la poche (après ablation de la membrane germinale), avant la fixation définitive à la paroi.

Cette méthode présente de nombreux inconvénients. Le plus grave est, sans contredit, la suppuration qui accompagne presque inévitablement l'ouverture et le drainage de la cavité kystique.

OBSERVATION 76

VINCENT. — Lyon Médical, 1904. T. 102, p. 582.

Malade qui, à l'âge de 26 ans, il y a huit ans, s'aperçut d'une grosseur anormale, un peu au-dessous des fausses côtes et dans le creux de l'épigastre, avec empâtement sur le flanc gauche.

On fit toutes les hypothèses possibles ; on pensait finalement à une tumeur de la rate (quinine-arsenic).

Au bout de trois ans, on constata l'existence de fluctuations et une voussure dans la région hépatique ; on pensa alors à un kyste hydatique ; pas d'autres signes qu'une pâleur des téguments et dépression des forces avec amaigrissement.

Première opération, 19 mars 1899 (Kystostomie, marsu-

pialisation). La tumeur formait trois bosselures : hépatique, épigastrique, latérale gauche.

Le lobe épigastrique étant le plus saillant, on pratique l'ouverture après fixation de la poche à la paroi. Issue de trois litres de liquide très limpide et de nombreuses vésicules filles. Extirpation de quelques fragments de la membrane proligère, puis drainage. Les prolongements latéraux paraissent être vides. Au bout de quelque temps, fièvre, épanchements purulent et biliaire ; broncho-pneumonie.

Au bout de six mois, santé parfaite.

Au bout d'un an, anorexie, constipation, perte des forces, teint jaunâtre. Des kystes s'étaient reformés au niveau de la cicatrice épigastrique et à la base du foie.

27 juin 1901, laparotomie médiane et extirpation totale des kystes appendus à la face inférieure du foie et dans la région épigastrique (Le tout remplit environ un litre). Quelques-uns se rompirent et il s'échappa des quantités de scolex ressemblant à des grains de groseilles blanches, qui furent tous enlevés.

Guérison apparente, 18 mois.

Au cours de 1903, mêmes malaises généraux, kystes au creux épigastrique et dans la fosse iliaque gauche.

1er février 1904, laparotomie : extirpation des kystes hydatiques logés dans les masses intestinales. Incision médiane de l'épigastre à l'ombilic ; suture transversale du muscle droit du côté gauche pour atteindre le kyste du flanc gauche. Anses intestinales agglutinées par des adhérences très vasculaires (30 à 40 ligatures), deux heures de décortication. Un morceau de membrane fut laissé adhérent à l'intestin, mais touché au thermo. 300 gr. de kyste enlevés.

Vegas et Cranwell, qui pratiquèrent 254 fois cette opération pour des kystes du foie, accusent des cas où la fermeture complète de la cavité ne fut obtenue qu'après 5 mois (7 cas), 6 mois (5 cas), 7 mois (3 cas), 8 mois (3 cas), 9 mois (2 cas), 10 à 11 mois (2 cas). La grande majorité des poches kystiques étaient oblitérées complètement après 1 mois (35 cas), 2 mois (44 cas), 3 mois (28 cas), 4 mois (26). D'autre part, il peut subsister de véritables fistules persistantes. M. Cauchoix ne cite-t-il pas l'observation d'un malade de M. Quénu qui conservait une fistule 6 ans après l'intervention !

Cette suppuration prolongée n'est pas sans inconvénient ; outre qu'il n'est pas indifférent chez les malades exposés à des complications rénales d'installer une suppuration qui les affaiblira encore davantage, eux surtout, dont l'état général est plutôt médiocre, l'élimination de la coque fibreuse du kyste peut s'accompagner de complication telle que l'hémorragie. Celle-ci survient dans les jours qui suivent la marsupialisation. Le suintement sanguin est lié à une infection secondaire qui se fait par les tubes à drainage ; la paroi infectée s'ulcère et les vaisseaux contenus dans son épaisseur s'ouvrent. Il est cependant exceptionnel de voir cet accident se terminer par la mort ; on le prévient d'habitude en maintenant la cavité aussi aseptique que possible et s'il se produit une hémorragie, le tamponnement simple ou effectué à l'aide de tampons imbibés d'adrénaline (Gangitano) suffit à l'arrter.

De plus, les kystes marsupialisés, souvent en raison

de leur volume, sont accompagnés de kystes plus petits non extirpés. Or, la suppuration peut se propager à eux, d'où complication importante lors d'une opération ultérieure, qui sera encore gênée par l'existence d'une fistule toujours dangereuse par son écoulement et qui pourra diminuer d'autant la longueur de l'incision. De plus, l'existence d'un kyste marsupialisé, même guéri, expose presque toujours les malades à des éventrations ultérieures plus ou moins volumineuses.

Quant à la suppuration, elle n'a aucun avantage. On croyait autrefois qu'elle amenait la mort des scolex et des vésicules, et l'on se basait, pour affirmer cette déchéance, sur l'aspect des vésicules éliminées, qui étaient flétries, aplaties. Or, M. Letulle a montré l'intégrité absolue d'un certain nombre de vésicules filles nageant au milieu des flots de pus qui accompagnent d'ordinaire la suppuration des kystes hydatiques. Certains faits, du reste, montraient cette intégrité. Bramann, malgré la suppuration abondante d'une coque hydatique, vit une récidive survenant trois ans après l'opération dans la cicatrice même de la marsupialisation. De nombreuses récidives *in situ* se sont révélées malgré une suppuration longue et notable et M. Loeper a constaté la persistance de la glycogénie dans la germination de certains kystes suppurés.

En résumé : méthode médiocrement satisfaisante, donnant une guérison lente, incomplète, et pas toujours idéale, puisque dans les cas où les fistules se ferment, il se produit fréquemment des éventrations.

La marsupialisation cependant conserve des indications. Elle doit être employée s'il s'agit d'une poche très épaisse, incrustée de sels calcaires par exemple, et dont la cavité ne peut spontanément s'effacer, ou d'une tumeur englobée au milieu d'anses intestinales, ou fixées dans le petit bassin, et que l'on ne puisse ni extirper, ni suturer sans danger. S'il existe une suppuration très abondante, très marquée, il sera parfois plus sage de drainer, mais, dans ces cas, on a pu parfois pratiquer la suture sans drainage et il n'en est pas résulté d'accidents (Quénu). Les indications sont donc rares et, comme nous le verrons, la marsupialisation est un pis-aller et ne doit plus vivre que des contre indications des autres méthodes.

En présence de la lenteur de la guérison de la marsupialisation, des incidents multiples qui en résultent (fistules), les chirurgiens cherchèrent à faire mieux et tentèrent d'enlever complètement le kyste et sa paroi.

Deux cas peuvent se présenter :

1° Le kyste est pédiculé, à la façon des tumeurs de l'ovaire, on enlève, en sectionnant son pédicule après ligature, c'est l'extirpation.

2° Le kyste n'est pas pédiculé, mais plus ou moins inclus dans le parenchyme de l'organe sur lequel il s'est développé. On peut l'enlever également en totalité, mais dans ce cas, il faut le séparer de l'organe auquel il est adhérent par une véritable dissection, ou au moins par décortication. C'est l'énucléation,

analogue à l'opération pratiquée pour l'ablation des kystes thyroïdes.

L'extirpation totale d'un kyste hydatique énucléé sans ouverture de la cavité kystique est assurément le traitement idéal, mais, en réalité, il est assez rarement donné de pouvoir l'exécuter d'une manière complète. Elle exige, pour pouvoir être pratiquée, que le kyste soit libre d'adhérences, et rattaché à l'organe sur lequel il s'est développé, par un pédicule suffisamment étroit pour qu'on puisse en faire la section après ligature. Si les adhérences sont solides, si l'intestin ou de gros vaisseaux adhèrent fortement à la tumeur, si l'on croit qu'il se présentera de nombreuses difficultés pour isoler complètement le kyste, il sera plus prudent d'y renoncer de suite et de recourir à une autre méthode.

OBSERVATION 77

MÉSÉGUER. — Deuxième Congrès National d'Obstétrique. Madrid 1911.

Femme de 40 ans. Multipare, opérée pour kyste hydatique pelvien unique. On fit l'extirpation partielle du kyste, un nettoyage et un lavage local avec drainage.

Les douleurs persistèrent et un an plus tard, on fut obligé d'intervenir à nouveau. On trouve des adhérences multiples et une quantité considérable de petits kystes, dont on ne put faire l'ablation.

Le malade mourut d'embolie, neuf mois plus tard.

OBSERVATION 78

ALBERTI. — Thèse d'Alger, 1911.

Le 1er octobre 1907, T. Alexandre, âgé de 15 ans, entre à l'Hôpital dans le service de M. le Professeur Curtillet.

Laparotomie commençant à l'appendice xyphoïde et descendant un peu au-dessous de l'ombilic. Isolément, on enlève cinq kystes qui sont disséminés dans les feuillets du péritoine (épiploon surtout). On les décortique assez facilement en plaçant quelques ligatures sur les points qui saignent ou sur des pédicules qui se forment assez facilement. Ces kystes ont le volume d'une mandarine et ont un contenu absolument transparent.

Du côté de la face inférieure du foie, on remarque de suite de nombreuses adhérences, l'ouverture du ventre en haut a même présenté du fait de ces adhérences quelques difficultés. Avant d'aller à la recherche des kystes que l'on sent très bas du côté du bassin, on s'occupe du kyste extra-hépatique qui paraît avoir été le point de départ de toutes ces adhérences.

Après avoir toutefois bien cloisonné autour du kyste la cavité abdominale avec des compresses, on ponctionne la poche à une certaine profondeur, car la position qu'elle occupe ne permet pas de l'amener au dehors.

Il s'écoule du pus épais, ressemblant à un pus d'abcès chaud. Quand la poche est suffisamment affaissée, on l'incise et on achève de la vider au moyen de l'aspirateur fenêtré de Villars, puis on enlève la membrane hydatique et on achève d'assécher la poche.

Le fond de la cavité contient de la bile. La distance à laquelle se trouve la poche empêche de la marsupialiser.

On est obligé de laisser en place la barrière de compresses et on introduit dans la cavité un gros drain non fenêtré qui sortira par le pansement et qui plongera hors du lit dans un récipient. La présence imprévue de cette suppuration empêche pour aujourd'hui qu'on aille chercher les kystes restants. En terminant, on constate que la face supérieure du foie en contient des quantités de la grosseur d'une noix.

Novembre 1909. — Les suites ont été simples. Le malade n'a pas eu de température ; son pouls est excellent. La suppuration et l'écoulement de la bile sont abondants.

22 janvier 1910. — Le malade sort avec sa plaie cicatrisée dans un excellent état général. Les mèches de gaze qui cloisonnaient sa cavité abdominale n'ont pu être enlevées que très lentement et l'écoulement de la bile a été considérable jusqu'à ces temps derniers.

Deuxième intervention. — Le malade revient le 12 février 1910 pour se faire enlever les kystes qui ont été laissés.

Anesthésie, kélène et chloroforme. Laparotomie sous-ombilicale. Ablation de douze kystes hydatiques non suppurés, inclus dans l'épiploon, mais qu'on ne peut enlever d'un seul bloc à cause de leur dissémination. Quelques-uns plongent dans le bassin, d'autres sont sous la face inférieure du foie. Ils sont pédiculisés un à un. En dernier lieu, on découvre un énorme kyste bloqué dans le petit bassin, refoulant le rectum à gauche et qu'on ne peut songer à énucléer.

On le ponctionne, le vide, on injecte la solution de formol, puis on incise et après ablation de la membrane germinative, on referme simplement l'incision par un seul surjet. Fermeture de la paroi abdominale avec un drain en bas.

27 février 1910. Le malade va très bien, on enlève le drain : pas de fièvre.

Le malade sort guéri, le 27 mars 1910.

Il est revenu se montrer quelques jours plus tard, son état général est excellent, il ne souffre plus du ventre qui est très souple et dans lequel on ne sent aucune nodosité. Guérison.

A l'extirpation, doivent se rattacher les cas où le kyste est adhérent à un organe qui n'est pas indispensable à la vie du malade, mais qui peut être enlevé avec les tumeurs.

OBSERVATION 79

THIBAUDEAU. — Thèse de LEMAIRE. Paris, 1911.

M. B. S..., 40 ans.

Se présente à la consultation, maigre, émaciée, accusant de la pesanteur dans le bas du ventre et des douleurs continues s'irradiant au périnée. Le toucher vaginal ne peut être fait. Les règles seraient normales.

A l'examen, on constate que les fosses iliaques droite et gauche sont remplies par deux tumeurs du volume du poing, de contours irréguliers, la gauche assez mobile, la droite immobile et semblant fixée aux parois du bassin.

La palpation décèle encore dans l'abdomen, de nombreuses petites tumeurs, très mobiles, qui fuient sous les doigts.

Le foie déborde d'un travers de main le rebord costal, il est saillant dans l'hypocondre droit et résistant à la pression.

On diagnostique : kyste hydatique du foie et échinococcose de la cavité abdominale.

En juillet 1907, première intervention sus-ombilicale sur le foie.

Le péritoine ouvert, on trouve le grand épiploon littéralement farci de kystes variant du volume d'un grain de riz à celui d'une noix. Le grand épiploon est réséqué en totalité. Il reste une infinité de petits kystes, inclus dans le mésentère, qu'on ne peut songer à enlever.

Ponction d'une volumineuse poche kystique développée à la partie antéro-inférieure du lobe droit du foie.

La tunique adventice se détache facilement, contenant de nombreuses vésicules filles. Formolage et assèchement de la cavité. La poche est fermée par un surjet ; suture sans drainage.

Suites opératoires simples. La malade quitte la clinique au bout d'un mois et y revient deux mois après.

L'état général est toujours précaire ; elle continue à souffrir et demande qu'on lui enlève les tumeurs qu'elle sent dans le bas-ventre.

Opération en octobre : incision sous-ombilicale.

Nombreux kystes inclus dans les franges épiploïques de l'anse sigmoïde ; ils sont enlevés assez facilement et semblent représenter la masse mobile qu'on sentait dans la fosse iliaque gauche. A droite, nombreux kystes agglutinés dans le bassin, remplissant le Douglas, recouvrant l'utérus et les annexes droites et adhérant à un paquet d'anses grêles, constellées, elles-mêmes, d'un semis de petits kystes.

Les tentatives d'énucléation et de décollement, très pénibles, provoquent un suintement sanguin en masse.

L'opération devant être forcément incomplète, on s'arrête là.

Ponction de la masse ; évacuation de quelques cuillerées d'un liquide clair. Injection de 5 centimètres cubes d'une

solution de formol à 1 0/0 dans chacun des plus gros kystes.

Le ventre est refermé sans drainage.

Le lendemain soir, température de 39°7 ; pouls 112. Les douleurs abdominales sont très vives.

Pendant quatre jours, les douleurs persistent et la température oscille entre 37°7 et 38°2, puis tout revient à la normale.

La fosse iliaque gauche est libre. La fosse iliaque droite est moins facile à délimiter. On sent surtout un large gâteau d'empâtement.

La malade prétend ne plus souffrir et sort quatre semaines après. Elle n'a pas été revue.

Le cas le plus souvent rencontré est celui des « kystes de l'épiploon ». Généralement leur dissection serait très difficile, tandis qu'il est très simple de libérer le grand épiploon de ses adhérences aux organes voisins et de le réséquer en tout ou en partie. Cette extirpation, même faite à l'aide de ligatures multiples, enchaînées, est très facile et rapidement faite.

On peut se demander s'il n'en est pas de même pour les kystes adhérents à la rate, aux reins. Pour les premiers, il nous semble que, tant que l'organe est facilement mobilisable, il est plus facile d'enlever la rate kystique que d'essayer de traiter isolément ses kystes. La mortalité de cette intervention est minime si les ligatures ont pu être bien placées, et Vanverts, dans sa thèse, la considère comme l'opération de choix. Elle s'impose tout particulièrement s'il s'agit de kystes multiples, cas le plus souvent rencontré.

Nous ne pouvons en dire de même des kystes du rein, surtout connaissant la mortalité très grande (44 p. 100) accompagnant la néphrectomie transpéritonéale (Tuffier). Elle n'est indiquée que s'il s'agit de kystes multiples, suppurés, si le rein est complètement détruit. Comme ce dernier desideratum est rarement rempli, comme on ne songe pas le plus souvent à faire le cathétérisme urétéral et l'analyse de l'urine recueillie, il est plus prudent de s'abstenir en général et de traiter les kystes du rein à l'aide des méthodes connues.

L'énucléation consiste à extraire des tissus ambiants la totalité de la paroi kystique après en avoir évacué préalablement le contenu. Cette extraction peut être obtenue grâce à un travail de simple décollement ou de dissection, ou même de décortication, suivant les variétés anatomiques du kyste.

Pratiquée pour la première fois par Lawson Tait en 1885, pour un kyste du foie, cette technique du chirurgien anglais fut appliquée à maintes reprises pour l'extirpation des kystes des autres organes. Spriegelberg l'a pratiquée pour un kyste de la rate, Péan pour un kyste de l'abdomen.

C'est une opération en général longue, difficile et dangereuse. Beaucoup de chirurgiens, ayant tenté une énucléation, ont été obligés de l'abandonner en raison du suintement sanguin abondant qui en est la conséquence (Tribeaudeau), car il existe des connexions intimes entre les parois du kyste et les vaisseaux sanguins, et ceux-ci sont fatalement sectionnés

lors des tentatives de décortication. Elle expose de plus à la rupture du kyste.

OBSERVATION 80

RIEMANN. — Beitræge fur Klinische Chirurgie, 1899, t. 24.

Homme de 50 ans, tomba malade en 1895 : violentes douleurs dans l'hypocondre droit ; à peine pouvait-il se remuer tant elles étaient vives. Le médecin constata une voussure du foie qui, dans la suite, se montra plus ou moins accusée. Dans ces deux dernières années, cinq attaques semblables ; il resta deux fois sans connaissance, et gardait le lit plusieurs jours après chaque attaque.

Six mois après la dernière attaque, apparut, dans le flanc gauche, une voussure qui, depuis, a lentement augmenté.

Etat actuel : à la palpation, plusieurs tumeurs fluctuantes, mobiles, rondes, disséminées dans l'abdomen ; une tumeur du petit bassin ; en outre, une tumeur occupe le bassin ; elle dépasse de deux à trois travers de doigts la symphyse.

Il fut opéré en 1897. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; on tombe dans des adhérences, unissant la tumeur pelvienne à la vessie. On prolonge l'incision au-dessus de l'ombilic et on arrive dans le péritoine libre. Décortication d'une série de kystes péritonéaux qui se rompent au cours de la décortication. Dans l'épiploon, se trouvent de très nombreuses petites vésicules du volume d'une noisette et de très petites nodosités grises, grosses comme une tête d'épingle pour la plupart, et de plus petites encore. Ouverture d'un kyste occupant la fosse iliaque gauche. Guérison opératoire sans incident. Quelques semaines plus tard, on ponctionne, par le rectum, le kyste pelvien (injection d'eau

phéniquée et de liqueur de Van Swieten) ; un mois après cette injection, on ne sentait plus de tumeur dans le cul-de-sac de Douglas.

L'énucléation est, du reste, le plus souvent inutile, car à quoi sert l'ablation de la poche adventice ? Cet « organe de défense » disparaît rapidement après l'ablation du parasite, ou, s'il persiste, ne devient ultérieurement qu'une bande cicatricielle dont l'existence ne présente guère d'inconvénients. Aussi, si elle peut être tentée, elle doit être abandonnée dès qu'elle paraît devoir présenter la moindre difficulté.

L'extirpation a des indications limitées qui le sont plus encore pour l'énucléation. La marsupialisation expose à des fistules interminables et à bien des accidents, il fallait trouver une méthode plus sûre et plus rapide. Partant du principe « qu'une grande cavité, à condition de n'être pas suppurée, peut entièrement se rétracter et disparaître sans aucune espèce de drainage, après un nettoyage complet et s'il ne restait rien qui pût amener une sécrétion nouvelle », Knowsley-Thornton pratiqua le premier l'incision d'un kyste hydatique, évacua son contenu et le sutura sans installer de drainage. Il le fixa en terminant, à la praoi abdominale (1883).

OBSERVATION 81

Bond. — British Medical Journal, avril 1891 (Résumé).

Kystes multiples de l'abdomen.

Jeune homme qui présentait des kystes multiples à l'abdomen.

Un kyste existait dans la fosse iliaque droite et était du volume d'une grosse orange. Le contenu était clair. Il fut évacué, gratté et rentré dans la cavité péritonéale.

Un autre kyste plus gros existait dans la région épigastrique, mais il fut opéré dans une opération ultérieure. Cinq mois après, il était devenu gros comme une tête de fœtus et fut traité comme le kyste épigastrique.

En suturant la paroi abdominale, Bond passa un fil dans la paroi des kystes et mit un drain dans le kyste supérieur, un drain dans le kyste inférieur. Les drains furent enlevés six heures après et la fermeture de la paroi complétée à ce moment.

Réunion parfaite sauf à un point qui suppure. Un mois après, un abcès se forma dans la paroi : l'abcès fut incisé. Guérison.

OBSERVATION 82

Koch-Sternberg. — In Becker, Beitræge zur Klinische Chirurgie, 1907, p. 164.

Henri G..., 56 ans.

Depuis deux ans ressent une souffrance au niveau de la douzième côte gauche. On y découvre un abcès contenant des vésicules échinococciques. A son entrée, on découvre un kyste du foie et plusieurs kystes siégeant dans l'abdomen.

Les deux plus volumineux siègent l'un au niveau de l'ombilic, l'autre dans l'hypogastre droit. En dilatant la fistule siégeant à droite, on élimine par le lavage de nombreuses vésicules. Les deux grands kystes péritonéaux furent fixés à la paroi abdominale pour permettre l'incision.

Mort deux jours après.

L'autopsie montra, répandus dans l'abdomen, de nombreux kystes du volume d'une noisette à celui d'une pomme, fixés dans l'épiploon, le méso côlon, la rate et très adhérents au péritoine. Dans le lobe gauche du foie existait un kyste qui avait été rompu.

Cet exemple fut suivi par Bond (1891) qui s'en déclara très satisfait.

Billroth (1892) ne pouvant se résoudre à laisser ainsi une cavité dans l'abdomen, abandonna dans le kyste, avant de le suturer, une émulsion iodoformée. Il fut imité par Bobrow et Tipiakoff (1894).

Bond répéta maintes fois son procédé (incision, évacuation du contenu et suture sans drainage), mais dans un cas, il constata une suppuration secondaire de l'un des kystes ainsi traités et il s'écoula de la cavité du pus mêlé de scolex et de membranes. A ce moment, Bond conseille :

1° De ne point suturer une cavité hydatique sans s'être assuré auparavant de la disparition complète de tout exsudat, ou du moindre fragment de membrane fertile dans son intérieur.

2e De bien suturer les lèvres du kyste de crainte qu'une anse intestinale ne vienne s'y engager.

3° Il ne faut pas que le kyste soit suppuré.

4° L'incision doit être grande afin de permettre son évacuation complète.

Les chirurgiens australiens (Moore, Syme, Russel, Ryan, Duncan), adoptèrent cette méthode, et l'appliquent à la lettre, jusqu'en 1894. Ryan et Hamilton, Russel se contentèrent alors d'évacuer le contenu de

la poche hydatique et la réduisirent sans suturer les débris du kyste, et ils recommandent ce procédé, car il éviterait l'infection, favorisée par la manipulation nécessitée par la suture et par la persistance des fils.

En 1895, Bond se rallie à ces idées et vantait les très grands avantages de cette méthode qui permet, non seulement, de traiter les kystes profonds, qu'il serait très difficile et même impossible de drainer, mais qui, en outre, substitue une réunion primitive et une guérison rapide à une convalescence traînante et longue, avec tous les risques liés au drainage d'une poche étendue et à la persistance d'une plaie ouverte. Revenant sur ses anciennes idées, il ajoute que, s'il est plus sûr de traiter les kystes suppurés par l'ancienne méthode (marsupialisation) il pourra être éventuellement possible de gratter à fond et de désinfecter la cavité après évacuation du pus et de fermer ensuite la plaie. Il rapportait en même temps, deux cas de kystes suppurés ainsi traités, et guéris sans complications.

Le 11 février 1896, M. Pierre Delbet, à l'Académie de Médecine, proposait, dans le but de diminuer l'étendue de la cavité que l'on abandonne ainsi dans l'abdomen, et pour favoriser l'accolement des parois du kyste, de pratiquer le capitonnage de la poche. Celui-ci est effectué en passant des fils (catgut) d'une paroi à l'autre, prenant peu de tissus à la fois, mais sur une grande longueur. Le kyste capitonné est suturé et réduit sans drainage.

Ce procédé fut décrit à nouveau par Posadas, quelques mois après, il confirmait le bien fondé de la méthode.

Mabit, en 1905, proposa une nouvelle modification. Celle-ci consiste, une fois le kyste complètement vide, et la membrane germinale extirpée, à réséquer le fragment de la membrane adventice exubérante et à réduire sans suture.

Donc, cinq procédés principaux :

1° Méthode de Thornton : évacuation du liquide et de la membrane fertile, suture des lèvres du kyste entre elles et à la paroi.

2° Méthode de Bilroth-Bobrow : évacuation du contenu du kyste, abandon dans la cavité d'huile iodoformée, puis suture.

3° Méthode Delbet-Posadas : évacuation du kyste, capitonnage et suture.

4° Méthode Ryan-Russel : évacuation du kyste, réduction sans suture.

5° Méthode de Mabit-Marion : évacuation du kyste, réduction sans suture, après ablation de la plus grande partie des parois de la poche.

Tous ces procédés ont un premier temps commun : l'évacuation du kyste. Pour éviter son infection, une fois réduit, Bilroth employa un liquide antiseptique.

Ce procédé ne lui fut pas toujours fidèle (O'Connor, Bilroth), et il a de plus l'inconvénient d'exposer à une intoxication médicamenteuse. Puis les chirurgiens australiens essayèrent de diminuer les manipulations en supprimant les sutures. Ce raisonnement est spécieux, car nombre de cas, réduits en sutures, n'ont pas suppuré ; cette infection provient de l'opérateur et ne peut être mise sur le compte de la méthode.

On peut faire d'autres reproches à ce procédé, comme à celui de Mabit. Il peut arriver et il arrive, qu'il existe au fond de la cavité du kyste, surtout s'il est profond et ramifié, des scolex qui restent inaperçus, car ils sont agglutinés et collés contre la paroi (Dévé). En réduisant la poche sans sutures, ces germes vont s'écouler dans le ventre et donner une infection nouvelle. De plus, il peut se produire, après l'opération, des hémorragies, et le sang, s'écoulant librement dans le ventre, n'aura aucune tendance à s'arrêter, tandis que s'il reste enfermé dans une cavité close, le tamponnement de la plaie s'effectuera naturellement. Cet épanchement pourra s'infecter secondairement, mais on en sera prévenu par l'évolution de la température et l'on pourra intervenir à temps. Nous savons assez combien sont nombreux les inconvénients des kystes rompus, sans, de parti pris, en laisser de librement ouverts dans la cavité abdominale. Ces inconvénients expliquent le peu de succès de la méthode, du moins en France.

La méthode préconisée par M. Delbet est, à première vue, très séduisante. Réduisant la cavité à ses plus faibles dimensions, accolant les parois, supprimant les espaces morts, elle paraît idéale. Mais ce vide, qui résulte de l'évacuation du parasite, disparaît de lui-même quand les parois sont molles, souples, aussi M. Delbet limite-t-il ensuite son emploi à la cure des kystes à parois rigides, où le point de capiton remplirait avant tout le rôle de « crampon », empêchant l'écartement des parois de la cavité réduite. Malheureusement, il est arrivé plusieurs acci-

dents dus au harponage d'une veine (Hartmann) ; de plus, le capitonnage est souvent très difficile à bien poser, mais il a le gros avantage d'empêcher, ou tout au moins de limiter la production des épanchements susceptibles de se produire dans la poche suturée, et, récemment, M. Delbet, rapportant la statistique de vingt-deux capitonnages, pratiqués par divers chirurgiens, indiquait que, dans aucun cas, il ne s'était produit d'épanchement.

Aucun de ces procédés ne contentait les chirurgiens. Les uns craignaient une infection possible de l'exsudat, les autres les accidents du capitonnage (hémorragie, difficulté des sutures), c'est pourquoi certains auteurs recommandaient un drainage provisoire des kystes suppurés, établissaient une barrière entre le kyste et le restant de la cavité abdominale, soit au contact même (Quénu, Bazy), soit à une certaine distance de la poche (Tuffier) ; mais nous devons dire que d'autres remirent en honneur la méthode de Thornton-Llobet, qui, dès 1895, sutura la poche périkystique au bord des plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale et terminait par la suture de la peau.

Aucun de ces procédés ne contentait tous les chirurgiens, les uns craignaient une infection possible de l'exsudat, les autres les accidents du capitonnage, l'hémorragie...

Varsi, en 1899, apporta une importante modification à ce procédé, il proposa la suture de la poche au péritoine seulement, tandis que les plans musculo aponévrotiques sus-jacents étaient fermés comme auparavant. De cette façon, la cavité de la poche est

complètement extra-péritonéale et juxta-pariétale, si bien que lors d'une suppuration éventuelle, il suffit de faire sauter les sutures superficielles et musculo-aponévrotiques pour réaliser une marsupialisation type (Varsi).

Cette pratique fut adoptée par les chirurgiens de l'Amérique du Sud, Oliver entre autres.

Rassumonsky, en 1901, proposa aussi la fixation provisoire du kyste à la paroi, mais un de ses malades mourut de péritonite ! Tandis que Varsi apporte une statistique de 63 cas traités par son procédé, avec 18 suppurations secondaires et 6 cas de réplétion de la poche par un liquide non purulent. Dans 3 de ces derniers cas, il ouvrit la poche, la sécha avec de la gaze, et la referma, la guérison s'ensuivit et se maintint.

Les seules critiques que l'on puisse adresser à cette méthode sont :

1° Qu'elle gêne la réplétion de la poche ;

2° Qu'elle constitue des adhérences, mais si l'on veut bien remarquer que la poche fixée au seul péritoine pariétal est mobile, que les fortes adhérences qu'elle peut laisser sont bien inférieures en nombre et en volume à celles laissées par la marsupialisation, on ne peut s'empêcher de considérer cette combinaison de la marsupialisation et de l'occlusion sans drainage comme une bonne méthode, unissant les qualités de deux procédés, tout en évitant leurs défauts.

Après toutes ces tentatives, on était enfin arrivé à connaître les méthodes de traitement des kystes, les

indications et les contre-indications de chacune d'elles, mais l'attention fut attirée par les récidives que l'on observait *in situ* au niveau du kyste ou dans son voisinage abdominal ou pariétal. Dans certains cas où le contenu du kyste avait été librement répandu dans l'abdomen, on nota l'apparition, au but de quelques mois ou de quelques années, d'une échinococcose secondaire.

OBSERVATION 83

Jonnesco. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Bucarest, 15 décembre 1904, p. 79.

Femme de 30 ans, opérée le 21 septembre 1901 d'un kyste du foie de la dimension d'une tête de fœtus, adhérent à la paroi abdominale antérieure. Au moment de l'incision péritonéale, le kyste avait été ouvert et la cavité péritonéale n'ayant pas été préalablement protégée, quelques vésicules et un peu de liquide du kyste ont pénétré dans la cavité péritonéale ; l'opération a été terminée par l'évidement du kyste, la fermeture de la poche et de l'abdomen sans drainage. Cette malade a parfaitement guéri.

Trois ans plus tard, elle se présente avec des tumeurs mutliples de l'abdomen et du bassin. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve dans l'épaisseur de chacun des ligaments larges, une tumeur de la dimension d'une orange, intimement adhérente à l'utérus. Castration abdominale totale. Après fermeture du ventre, on fait immédiatement, dans la même séance, une nouvelle incision sus-ombilicale par laquelle on enlève des kystes de l'épiploon logés sous le foie. Guérison.

Connaissant les travaux expérimentaux sur l'origine de cette complication, on rechercha s'il n'existait pas un procédé capable de l'arrêter. On pensa alors qu'il fallait stériliser le contenu du kyste avant son irruption possible, lors des manipulations, ou au cours de l'ablation de la membrane germinale. Il fallait se servir des antiseptiques, non plus après l'incision, mais avant, et ne laisser s'écouler que du liquide non virulent.

Les premières expériences avaient été faites par Alexinski, qui remplit la cavité de sublimé à 1 pour 2000 pendant une à deux minutes. M. Dévé, au cours de ses recherches, constata que ce laps de temps était insuffisant et que, plus concentrée, la solution devenait toxique. D'autre part, il avait reconnu que le contact de trois minutes avec une solution formolée à 1 pour 200 était à peine suffisant pour détruire la vitalité des scolex, alors que ce laps de temps suffisait si l'on employait la liqueur de Van Swieten. Il continua ses expériences et constata qu'un contact de deux minutes avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou de formol à 1 pour 200 paraît détruire la vitalité des germes hydatiques. Des recherches ultérieures montrèrent que le fait était exact pour le sublimé, mais pas pour le formol, aussi propose-t-il l'emploi d'une solution formolée à 1 pour 100 maintenue pendant cinq minutes en contact avec la surface interne du kyste.

Quénu, Martin, dans des expériences de contrôle faites ultérieurement avec les germes recueillis à deux opérations où cette seconde technique avait été appli-

quée, ont démontré que tous les scolex contenus dans la cavité du kyste avaient été tués par l'injection tœnicide préalable. Le formol agirait en déterminant la fixation histologique des scolex (Mathieu et Dévé).

Pour pratiquer cette injection préalable, qui se fera au cours de l'intervention sanglante, le kyste est mis à nu sous le doigt de l'opérateur, et le péritoine protégé, puis, le chirurgien pratique la ponction évacuatrice du kyste et injecte une quantité de liquide tœnicide proportionnelle à la quantité de liquide extrait. Après un contact de cinq minutes, on aspire le nouveau contenu. Tel est le procédé, adopté par M. Quénu, et qui lui a toujours donné satisfaction. Les imitateurs, du reste, sont nombreux et tous se louent de l'emploi de cette méthode qui pourtant ne manqua pas de soulever des critiques. On la trouva compliquée, gênant l'évolution du kyste et exposant à l'intoxication.

Nous avons vu que la simplicité de cette méthode est manifeste, aussi ses détracteurs d'autrefois (Arce), qui l'avaient combattue, sans probablement bien la connaître, sont revenus de leur ancienne erreur, et remarquant qu' « elle ne compliquait en rien l'opération », en sont devenus de chauds partisans.

Quant à l'action défavorable de la solution antiseptique sur l'évolution ultérieure de la plaie, l'expérience a montré que jamais elle n'a gêné en aucune manière la réunion par première intention. Des affirmations de Terrier, Quénu, Guinard, Bazy, Ricard, Rochard, Walther, à la Société de Chirurgie en 1903,

1904, 1905, 1906, le prouvent bien. M. Quénu se demande même si dans un cas et grâce au formol, il n'a pas vu l'effacement rapide d'une poche suppurée, tout au moins, dit-il, « ce que nous pouvons affirmer, c'est que dans aucune des observations, l'injection de formol n'a nui à la réunion ».

Enfin, l'emploi du formol fut critiqué par crainte des dangers d'intoxication. Or, ceux-ci sont des plus restreints, car :

1° La pratique a démontré le bien-fondé de la méthode et l'on n'a pas cité d'accidents vraiment dus à l'emploi du formol ;

2° Le liquide toxique est sûrement et entièrement évacué lors de l'ouverture du kyste ;

3° Si la canule s'oblitère, on peut ouvrir largement le kyste et le vider, ce que l'on ne pratiquait pas autrefois ;

4° La durée d'action du formol est de six à huit minutes au maximum et ne s'exerce que sur la vésicule parasitaire intacte, or la quantité pouvant dialyser en cinq minutes est très faible.

Du reste, Le Dentu, au Congrès de Moscou de 1897, se basant sur ses recherches expérimentales, montrait que « le contact plus ou moins prolongé d'une solution de formol à 1 pour 200, avec une plaie même étendue, n'est nullement dangereux au point de vue toxique », et la solution à 1 pour 100, conseillée par M. Dévé, n'est pas plus à craindre, car la poche fibreuse avec laquelle elle sera en contact, possède un pouvoir absorbant à peu près négligeable. Pourtant M. Quénu,

qui utilise beaucoup la solution formolée, a publié l'observation suivante :

OBSERVATION 84

Quénu. — Société de Chirurgie de Paris, 6 janvier 1909, page 15.

Chez une malade, qui présentait des kystes du foie, du péritoine, de l'épiploon, du mésentère, j'en extirpai quelques-uns et j'en injectai à la solution formolée, quinze ou vingt autres ; or, ma malade mourut trois jours après, d'anurie, et je me demande, si le formol n'a pas été pour quelque chose dans ce dénouement.

Rappelons que M. Chaput put injecter jusqu'à 15 centimètres cubes de formol pur dans des kystes multiples de l'abdomen sans que l'opéré ait présenté de symptômes d'intoxication et les suites ont été nulles, malgré l'énorme dose employée.

Citons pour finir les études expérimentales de Poenaru Caplescu sur la toxicité du formol en rapport avec la technique actuelle du traitement des kystes hydatiques. Ces recherches eurent pour point de départ une erreur de M. Jonnesco qui, croyant injecter la solution habituelle, se servit de 200 centimètres cubes de la solution mère à 40 pour 100, que le pharmacien avait donnée par erreur. Après extraction de la membrane germinale, le kyste fut fermé et le malade guérit par première intention, sans le moindre trouble.

Caplescu expérimenta sur des chiens, en injectant, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit directement dans les veines, des solutions de formol à 1 et 2 p. 100. Un seul de ces animaux mourut à la suite d'injections intra-veineuses de 150 centimètres cubes, d'une solution à 2 p. 100. Aucun autre ne présenta de phénomènes toxiques, sauf une salivation spumeuse abondante, parfois de la dyspnée et de l'agitation, mais le tout passagèrement.

Poenaru Caplescu rapporte en outre deux cas de kystes hydatiques chez l'homme, traités par le formolage, où l'on injecta 200 à 250 centimètres cubes de la solution à 5 p. 100 et les deux malades guérirent sans accident.

Les objections faites à cette méthode sont donc mal fondées et son emploi doit être recommandé. Le liquide retiré, la paroi kystique est incisée largement et la membrane extirpée. Toute l'attention du chirurgien doit être attirée sur ce fait qu'il y a un avantage considérable, capital, à l'enlever d'un bloc, sans la moindre déchirure, car si pour une raison quelconque (erreur de pharmacie, mausaise diffusion du liquide, remplissage incomplet du kyste) quelques scolex fertiles viennent à s'échapper, c'est une récidive qui se prépare. Aussi est-il recommandé, la membrane enlevée, d'étancher soigneusement avec des compresses, le liquide épanché dans le sac et de compléter l'intervention par une friction légère des parois à l'aide d'un tampon imbibé de formol à 1 p. 100. De cette façon, toutes les chances de contamination seront évitées.

L'injection formolée doit être pratiquée le plus tôt possible, car il existe des cas (Terrier, Jonesco) où la rupture de la tumeur se produisit au cours de la dénudation, avant la stérilisation. On en connaît trop les inconvénients pour que nous y insistions.

Ce procédé a de plus cet avantage de s'appliquer aussi bien aux kystes simples qu'aux kystes suppurés (ceux-ci, nous l'avons vu, contiennent également des germes fertiles). Mais s'il est toujours facile lors de kystes uni-vésiculaires, il n'en est pas toujours de même pour les kystes multi-vésiculaires. Le problème, dans ces cas, est beaucoup plus difficile à résoudre d'une façon absolument satisfaisante, car la poche est bourrée de vésicules filles plus ou moins volumineuses, plongées ou non dans un magma gélatiniforme, et pourtant même dans ces cas l'injection sera des plus utiles, car, au cours de l'extraction, on fait à peu près inévitablement éclater un certain nombre de vésicules filles et l'on dissémine ainsi dans la poche la poussière impalpable des scolex. Aussi, M. Dévé disait-il : « Nous n'oserions pas accorder une confiance aussi entière à l'injection de formol dans le cas de kystes multi-vésiculaires, même en renouvelant l'injection formolée au cours de l'intervention après évacuation préalable des plus grosses vésicules. S'il est vrai que les hydatides contenues dans la cavité d'une vésicule mère commune peuvent être et sont, après quelques minutes, individuellement pénétrées par le formol à dose expérimentalement parasiticide, il est à craindre qu'il n'en soit plus de même pour les hydatides indépendantes les unes des autres, simplement accolées et

tangentes entre elles que l'on rencontre dans les kystes complexes. »

Si l'on tente, du reste, de pratiquer l'injection formolée, on observe qu'elle est souvent très malaisée, en raison du peu de liquide contenu dans la cavité. Aussi, l'injection peut-elle être des plus incomplètes, car elle ne peut baigner toutes les vésicules. Leur nombre est parfois tellement considérable que l'injection en est souvent rendue impossible.

OBSERVATION 85

ALBERTI. — Thèse d'Alger, 1911.

K... Rosalie, âgée de 12 ans, entre le 12 janvier 1909 dans le service de M. le Professeur Curtillet.

Le diagnostic de kystes hydatiques de l'abdomen est fait par ce dernier. Le 5 février 1909, l'opération est pratiquée. Anesthésie au chlorure d'éthyle et chloroforme, après avoir renoncé à l'éther qui donnait une anesthésie pénible. Incision à droite de la ligne médiane au centre de la tumeur faisant saillie au-dessous des fausses côtes.

On ponctionne : liquide clair, puis incision large et ablation d'une poche hydatique. On fait l'aspiration du liquide, plusieurs centimètres cubes de la solution formolée au millième sont injectés. Suture de la poche sans drainage. Ouverture du péritoine un peu en dehors du kyste précédent, on en profite pour enlever au passage, un autre petit kyste inclus dans la paroi. L'ouverture du péritoine montre immédiatement un kyste volumineux occupant la plus grande partie du lobe droit du foie.

Ponction avec un gros trocart : pas une goutte de liquide. Avant d'inciser largement, on fait pénétrer dans la poche, par le trocart, une certaine quantité de la solution formolée au millième. Ouverture de la poche, il n'y a pas de liquide, mais un amas de membranes hydatiques, très compact et de coloration feuille morte, qu'on pourrait comparer à des débris de pelure d'oignons. Parmi ces membranes, se trouvent plusieurs petites vésicules intactes à paroi et à contenu transparent. Tout cet amas est enlevé avec le doigt et une grosse curette, puis la membrane hydatique commune est à son tour enlevée. La toilette de la cavité est faite avec soin au moyen de tampons. On lave avec la solution formolée et on referme exactement l'ouverture par un surjet au catgut.

Exploration de l'abdomen. — Masse énorme de kystes, de volume variant entre celui d'une noix et celui d'une grosse orange, formant une véritable grappe incluse entre les feuilles du grand épiploon. On réussit après section d'assez nombreuses adhérences à éviscérer cette masse que l'on enlève en faisant à sa base plusieurs pédicules. Cette masse une fois enlevée, on constate qu'il reste dans les différents feuillets du péritoine d'assez nombreux petits kystes que l'on n'ose attaquer, l'opération ayant été suffisamment longue, et l'enfant paraissant dans un état de shock inquiétant. On se hâte de terminer par une suture complète de la paroi abdominale en laissant tout à fait en bas un petit drain pour assurer l'écoulement du suintement séro-sanguin qui paraît devoir être assez abondant. Injection de sérum et de caféine.

Le lendemain, 6 février, l'enfant va bien, le shock a été peu considérable, l'enfant se plaint peu et a peu vomi.

Le 12, la température s'est élevée à 38°, le 6 et 7 février est descendue progressivement jusqu'à la normale et l'enfant va très bien. Guérison.

Dans ces cas, il faudra pratiquer un nettoyage mécanique de la poche, veiller à l'évacuation complète des vésicules et des débris de la membrane mère, et surveiller attentivement tous les diverticules de la poche, car ils sont capables de retenir des vésicules filles ou des scolex.

Le liquide parasiticide peut être employé pour tous les kystes de l'abdomen et reste commun à toutes les méthodes de traitement, car dans les cas qui nous occupent, il n'existe aucune contre-indication. On est assuré, du reste, de détruire la vitalité de tous les germes hydatiques et de se mettre ainsi à l'abri de la récidive opératoire.

Nous avons vu que la méthode d'injection de formol pur dans les kystes (Chaput) ne devait pas être employée, surtout en raison de son insuffisance fréquente. S'il fallait encore donner un motif de plus, pour la faire abandonner, nous ajouterions qu'il n'est pas indifférent de laisser dans l'abdomen une tumeur plus ou moins volumineuse qui, même si elle contient des germes stériles (ce qui n'est pas prouvé), peut suppurer et faire irruption dans la cavité abdominale ou dans les cavités adjacentes (plèvre, intestins...).

Il nous reste à envisager brièvement ce que devient le kyste après l'intervention. Il se produit, grâce à la pression abdominale, un accolement spontané, plus ou moins intense, des parois du kyste. Celles-ci s'accolent, adhèrent et se fusionnent. Cette évolution peut demander trois semaines.

Elle peut être troublée par l'apparition d'exsudations (infection atténuée ?) d'hémorragies. Celles-ci

sont dues souvent à la rupture de vaisseaux de la paroi par vaso-dilatation. C'est en présence de ces cas que l'on remarque les bienfaits de la fixation à la paroi. Car, si l'épanchement se produit, il est alors très facile de pratiquer une ponction, et, généralement, après une ou deux petites interventions de ce genre, la tuméfaction disparaît et tout rentre dans l'ordre sans aucun retard. Si la guérison n'est pas compromise, c'est, qu'en général, la septicité du liquide est très minime, sinon, la suppuration devient abondante et résiste à la ponction (Cauchoix). Il suffit alors d'entr'ouvrir légèrement les lèvres du kyste et d'y insinuer un petit drain. Cette simple intervention, qui transforme le kyste fermé en kyste ouvert, suffit le plus souvent, et la fistule se ferme rapidement.

De cette étude des différents procédés de traitement des kystes hydatiques, on peut dire que l'ablation est le traitement de choix, tandis que l'extirpation ne doit être que rarement tentée et seulement si elle est facile ; que les grosses tumeurs doivent, autant que possible, être fixées à la paroi, après avoir été ponctionnées, formolées, vidées, nettoyées et suturées. Si ce procédé d'élection ne peut être employé, on essaiera la suture après capitonnage avec résection des bords du kyste, puis la suture simple, mais la réduction sans suture ne devra être employée qu'en dernier lieu et s'il est impossible d'agir autrement.

Si l'on examine, à ce sujet, les différentes méthodes employées pour le traitement des kystes hydatiques multiples de l'abdomen, nous voyons que l'énucléation des kystes fut pratiquée par Alberti, Bouilly, Bonamy,

Broca, Cullingworth et Clutton, Faure, Ferval, Forgue, Gouilloud, Letarget, Moore, Morestin, Potherat, Peyrot-Milian, Payrot-Cazin, Savariaud, Tillaux, Verdelet, Wells, tandis que l'épiploon fut réséqué par : Abadie, Alberti, Bouilly, Brjorovsky, Cranwell, Ferval, Gouilloud, Jaboulay, Moore, Œhlecker, Payrot-Cazin, Parusky, Tribeaudeau, Ribera y Sans, Schwartz, Walther, Wisthoff.

L'extirpation fut souvent tentée elle aussi par : Bond, Cranwell, Cullingworth et Clutton, Dhorn, Ferval, Geissel, Guldner, Jaboulay, Le Jemtel, Madden, Mauclaire, Péan, Ribera y Sans, Ricard, Ronbeck, Schrœder, Susseroth, Vincent, mais plusieurs fois, elle dut être abandonnée en raison du suintement sanguin abondant qui en résultait (Violet et Murard, Bousquet).

Cranwell, Morestin, Moore pratiquèrent la réduction sans suture, tandis que Mignon-Laforge, Payrot-Cazin, Savariaud, Susseroth employaient le capitonnage. La suture simple fut employée par Alberti, Abadie, Dévé, Moore, Tribeaudeau.

Et nous ne citons que les cas où des explications suffisantes ont été données. Il est du reste à remarquer, comme c'était à prévoir, que des opérations complexes furent pratiquées. C'est ainsi que la marsupialisation fut associée par Morestin, à l'ablation de certains kystes et à la réduction sans drainage d'autres. Verdelet, Faure combinèrent la marsupialisation et l'ablation. Elles furent accompagnées d'une résection de l'épiploon dans l'observation de Ribera y Sans, tandis que Ferval, Cranwell y joi-

gnaient l'extirpation des kystes. Pinatelle et Rivière réunirent, eux, la colpotomie et la marsupialisation. Pour amener la guérison de leur malade, Peyrot et Cazin utilisèrent l'ablation de certains kystes, la résection sans drainage d'autres et complétèrent par la résection de l'épiploon. Ce fut l'énucléation et la suture sans drainage qu'employa Alberti. Bond pratiqua l'extirpation et la réduction sans drainage, enfin Cullingworth et Clutton, au cours de nombreuses séances opératoires (10) employèrent tour à tour l'extirpation, l'énucléation, puis pratiquèrent une colpotomie.

OBSERVATION 86

Le Jemtel. — Société Anatomique, novembre 1905, p. 816.

Malade âgée de 64 ans, entrée le 10 octobre pour des douleurs abdominales s'accompagnant d'accroissement notable de volume du ventre et d'ascite.

Diagnostic : péritonite tuberculeuse et kyste simple ou végétant de l'ovaire.

2 novembre, laparotomie sous-ombilicale. On aperçoit au niveau du pédicule ovarien gauche, un kyste du volume d'une tête de fœtus à terme, dont les parois sont parcourues par des veines volumineuses. Rupture avant l'énucléation. Extraction d'une membrane mère et résection, aussi large que possible, de la paroi kystique qui s'étend très loin, au fond du Douglas et qu'on ne put extirper en totalité.

On trouve un nouveau kyste, senti à travers l'épaisseur du méso côlon transverse ; il fut extirpé en totalité, après

incision du méso. Un troisième kyste est découvert au niveau de la face inférieure du foie ; l'incision cutanée est prolongée jusqu'à l'appendice xyphoïde ; ponction du kyste ; extraction de la membrane mère, capitonnage de la paroi kystique. Dix nouveaux kystes, de volumes différents, mais tous gros comme une orange, sont découverts et extirpés du grand épiploon, de l'arrière cavité des épiploons, des méso côlons ascendant et descendant, du petit bassin (côté droit). Le quatorzième kyste est formé par une vésicule fille, extirpée du kyste découvert dans l'arrière cavité des épiploons.

Mort quatre jours après l'opération. A l'autopsie, kyste de la rate.

Le début des accidents remontait à six mois.

OBSERVATION 87

MADELUNG. — In Becker, Beitræge zur Klinische Chirurgie, 1907, p. 160.

H. N..., 35 ans.

Il y a trois ans, douleurs épigastriques. Fut opéré pour kystes du foie ou du diaphragme. Guérison. Depuis dix jours, les douleurs sont réapparues. Le foie est augmenté de volume. Les hypocondres sont remplis par une tumeur. Frémissement hydatique. Fièvre.

Incision et drainage d'un kyste du foie, puis énucléation de plusieurs kystes du volume d'une noisette à celui d'un œuf de canard, libres dans la cavité abdominale. Ils étaient dans l'épiploon, le péritoine et surtout le petit bassin.

On ne peut enlever tous les kystes.

Mort sept jours après de péritonite.

OBSERVATION 88

MADELUNG. — Korrespondenzblatt des allgemeiner Metcklenburgischer Aerztvereins, 1894.

Christophe G..., 19 ans. Deux ans auparavant, il fut soigné pour appendicite, quelque temps après, on trouve à droite une tumeur du volume du poing. Il y a cinq semaines, subitement, frissons et vomissements ; on constate l'existence d'une deuxième tumeur, au-dessus de la symphyse. L'état général est très bon. Il existe dans l'hypogastre droit, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie, élastique, mobile et une deuxième tumeur au-dessus de la symphyse, perceptible au toucher rectal.

Incision du plus gros kyste qui siège dans le péritoine. Issue de vésicules filles. Guérison.

Le patient ne veut plus se laisser opérer de sa deuxième tumeur, non plus que d'une troisième logée près de l'angle côlique.

OBSERVATION 89

RONBECK. — De Furstenberg. In Becker, Beitræge zur Klinische Chirurgie, 1907, p. 161.

Charlotte B..., 52 ans.

Tomba malade en septembre 1894, avec des signes de côlite ; foie augmenté de volume, légère ascite. Tous ces symptômes régressèrent spontanément. Dans les années suivantes, développement de petites tumeurs dans la région épigastrique et le côté droit de l'abdomen.

En avril 1903, opérée par Korte, à Berlin, qui trouva des kystes dans le péritoine, le foie, la rate, le mésocôlon, l'ovaire gauche, le Douglas. En tout, douze kystes. Ceux-ci furent en partie extirpés, en partie incisés. Au cours du traitement, pleurite. On pense à un kyste du poumon. Ponction positive. Régression des symptômes.

En mars 1906, tumeur du volume du poing, dans la région abdominale droite, qui va être opérée.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces différents modes opératoires associés. On ne peut, ni décider à l'avance, ni prévoir la méthode à adopter, ni tracer, *a priori,* une ligne de conduite, car tout dépend de ce que l'on trouve le ventre ouvert, du volume des kystes, de leurs relations, tous caractères variant avec chaque tumeur.

Le nombre des tumeurs et leur dispersion, le mauvais état général des malades, obligent souvent le chirurgien à des séances opératoires multiples.

Très souvent deux interventions furent nécessaires. Il en fut ainsi pour les malades d'Abadie, Alberti, Dévé, Forgue, Garré, Jaboulay, Madelung, Monéger, Sick, Vincent.

Cranwell, chez deux malades, Gouilloud, Lauenstein, Madelung, Parlavecchio, Villemin, Walther furent obligés de pratiquer trois opérations successives. Moore, Madden en firent quatre.

Alberti, plusieurs ? Mais que sont ces chiffres à côté de ceux de Cullingworth et Clutton, qui intervinrent à dix reprises différentes, et de ceux de Ryan, qui ne guérit sa malade qu'après seize opérations.

OBSERVATION 90

CULLINGWORTH et CLUTTON. — Gynécologie, 1904, vol. VI, p. 1 et 26.

Jeune fille, âgée de 24 ans. En 1891, il y a cinq ans, elle aurait subi, en sautant une chaise, un traumatisme violent, suivi immédiatement de douleurs intenses et de vomissements. En 1896, elle vient consulter pour des troubles de la miction.

A l'examen, on constate la présence de tumeurs kystiques pelviennes qui est diagnostiquée : kyste de l'ovaire.

Première intervention, 29 juillet 1896. Laparotomie médiane, ablation de kystes hydatiques multiples du bassin, de l'épiploon et de la région splénique.

Deuxième intervention, 26 octobre 1896. Laparotomie droite, ablation de trois gros kystes attachés au foie ; on constate l'existence d'un volumineux kyste de la rate.

Troisième intervention, 19 novembre 1896. Laparotomie gauche ; on ouvre un gros kyste de la fosse iliaque gauche.

Quatrième intervention, 12 février 1897. Laparotomie, grande marsupialisation d'un kyste marginal du lobe gauche du foie.

Cinquième intervention, 15 janvier 1899. Incision sur la cicatrice à droite de la ligne médiane, évacuation de trois volumineux kystes.

Sixième intervention, 2 février 1899. On évacue par colpotomie un volumineux kyste du bassin.

Septième intervention, 29 septembre 1899. Extirpation d'un gros kyste situé profondément dans la paroi abdominale.

Huitième intervention, 9 janvier 1900. Extirpation du kyste au niveau de la cicatrice abdominale droite. Pas de vésicules filles.

Neuvième intervention, 18 octobre 1902. Ablation d'un kyste marginal du lobe droit du foie.

Dixième intervention, 29 octobre 1903. Extraction d'un kyste du cul-de-sac de Douglas et de kystes en involution du mésocôlon. Dix jours plus tard, apparition d'une tumeur pelvienne gauche au niveau du kyste précédemment évacué.

Le 2 novembre, incision et évacuation de pus fétide. Huit jours plus tard, décharge de pus dans le bassin.

Guérison fin décembre.

Quant au laps de temps qui sépara ces différentes incisions, il fut parfois de quelques jours (20 pour Jaboulay), voire de plusieurs mois (Alberti, Moore, Parlavecchio, 4 mois), (Gouilloud, 30 mois).

OBSERVATION 91

Gouilloud. — Congrès français de Chirurgie. Séance du 10 octobre 1894.

Kystes hydatiques de l'épiploon.

Première opération : résection totale du grand épiploon, farci de kystes.

Deuxième opération : énucléation de petits kystes et incision en un temps de deux grands kystes du petit épiploon.

Troisième opération : débridement vaginal d'une masse pelvienne.

Guérison.

Marguerite O..., 39 ans, présente à l'examen du ventre, des masses multiples, volumineuses, rénitentes ou fluctuantes, étendues du bord inférieur des côtes jusqu'au pubis ; la plus inférieure, perceptible par le vagin. La multiplicité des tumeurs, leur mobilité, font porter le diagnostic de : kystes hydatiques de l'épiploon.

Première intervention en mars 1892.

Résection totale du grand épiploon, infiltré de kystes hydatiques. Au cours de l'opération, rupture d'un kyste et écoulement de liquide hydatique dans le péritoïne ; pour cette raison, drainage du cul-de-sac vaginal. On n'a senti aucune tumeur, soit dans le cul-de-sac vésico-utérin, soit dans le Douglas.

Le 15 octobre (sept mois après), on constata que la masse des kystes situés sous la partie postérieure de la face inférieure du foie, laissée hors de l'opération, en raison de l'état de la malade, a beaucoup diminué ; régression certaine.

Le 1er juin 1894, développement dans l'épiploon gastro-hépatique, et dans la région pelvienne, de nouveaux kystes. Deuxième intervention : énucléation de quelques petits kystes et incision, en un temps, de deux kystes volumineux, juxtaposés ; l'un peut être hépatique, l'autre est développé dans l'arrière cavité des épiploons. Drains dans ces deux kystes. L'état de la malade ne permet pas d'attaquer immédiatement la poche de Douglas. Troisième intervention, quelques jours après : large débridement de la poche du cul-de-sac de Douglas. Mèche iodoformée. Suites simples. La malade, revue en octobre, va très bien.

Il peut se compter par années dans quelques cas. M. Dévé intervint après 2 ans, ainsi que Schédé Lauenstein. Forgue attendit 4 ans, ainsi que Madden, tandis que Cullingworth et Clutton espacèrent leurs

interventions au cours de 6 années et Ryan de 9 années.

Quant aux résultats obtenus, il est peut-être prématuré de les juger actuellement, ou plutôt de juger les méthodes qui ont été utilisées, car la plupart des malades traités, le furent après avoir été soignés médicalement pendant de longues années, et lorsqu'ils firent appel aux chirurgiens, ce fut le plus souvent lorsqu'ils étaient affaiblis, anémiés, et leur état général, sinon toujours très mauvais, tout au moins très médiocre.

De plus, pour pouvoir assurer la guérison, il faudrait avoir la latitude de suivre les malades pendant de longues années, or on sait que cet examen complémentaire est très difficile à obtenir. C'est pourquoi nombre d'observations ne mentionnent que des guérisons opératoires.

Il en fut ainsi dans les cas de : Alberti, Bataille et Dévé, Bouilly, Brjorowsky, Broca, Doléris, Jonnesco, Latarjet, Michaux, Monod, Morestin, Parusky, Peyrot, Peyrot-Cazin, Poulton, Ribera y Sans, Savariaud, Schneider, Telbut et Welsh, Tillaux, Vautrin, Vauzelle, Vincent, Walther, Wéber, Westhoff.

La guérison persistait après 15 jours (Alberti, Cranwell, Jaboulay), après 4 semaines (Schédé), un mois (Bond, Cullingworth et Clutton, Ferval, Œhlecker, Pinatelle et Rivière, Riemann), 2 mois (Ferval, Villar), 4 mois (Dévé, Gouilloud), 9 mois (Moore), 16 mois (Schwartz, Violet et Murard), 2 ans (Guldner), 7 ans (Susseroth), 9 ans (Lauenstein).

Malgré les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvaient les malades, mais connaissant la gravité de leurs cas si l'on intervenait pas, ou bien la main forcée par des complications douloureuses qui allaient emporter le malade, bien des chirurgiens sont intervenus, et souvent leurs efforts n'ont pas été couronnés de succès.

Nous allons d'abord rappeler les cas de mort, et le laps de temps qui les sépara de l'opération, puis, nous examinerons les causes de la mort, car il est injuste de rapporter à l'intervention un décès qui serait survenu sans elle et que l'opération a pu quelquefois retarder.

La mort est survenue immédiatement (Mignon-Laforge, Pauchet) dans la première journée, après 5 heures (Geissel), 8 heures (Bonamy), quelques heures (Dumont), elle fut rapide (Prochnon, Ribera y Sans), au bout d'un jour (Dévé, Daraignez, Verdelet), de 2 jours (Koch-Steinberg, Bousquet), de 3 jours (Alberti, Quénu), de 4 jours (Abadie, Le Jemtel), de 5 jours (Madelung), de quelques jours (Ahrens, Guinard, Madden), de 7 jours (Madelung), de 8 jours (Faure, Villemin), de 15 jours (Parlavecchio), de 18 jours (Forgue), de quelques semaines (Auvray), d'un mois (Madelung), d'un mois et demi (Monéger), de 3 mois (Potherat), de 4 mois (Costa, Siek), de 5 mois (Cranwell), de 7 mois (Abadie), de 11 mois (Garré), de 4 ans (Clado), tardive ? (Martin).

OBSERVATION 92

Siek. — In Becker, Beitræge zur Klinische Chirurgie, 1907, p. 166.

Guillaume A..., 28 ans, ouvrier.

En 1883, le malade fut opéré pour « kyste du foie ».

En 1899, Siek l'opéra pour kystes échinococciques multiples de la cavité abdominale. Il existait un grand nombre de kystes entre les anses intestinales.

Laparotomie. Incision, tamponnement, drainage.

Quatre mois après, mort.

Si nous examinons maintenant la cause de ces morts, nous trouvons les résultats intéressants suivants :

Intoxication hydatique : 3 cas (Bonamy, Ribera y Sans, Verdelet).

OBSERVATION 93

Verdelet. — In Dévé. Intoxication hydatique post-opératoire. Revue de Chirurgie, 1911, p. 744.

Enfant de 11 ans 1/2. Son affection a débuté, il y a environ deux ans, par des phénomènes douloureux, du ballonnement du ventre et la présence d'une tumeur dans le flanc droit. Il entre dans mon service de l'Hôpital des enfants, au mois de février 1910, présentant dans l'abdomen des

tumeurs multiples, tumeurs qui vont en augmentant de nombre et de volume. Le diagnostic de kystes hydatiques multiples est porté, corroboré par l'examen du sang (éosinophilie très forte) et par la déviation du complément.

Opération le 16 mars 1910. Laparotomie médiane : ablation d'une dizaine de kystes ; marsupialisation de deux. Quelques-uns se sont rompus au cours de l'opération. Quelques-uns aussi de ces kystes contiennent un liquide louche, analogue à du pus, mais il n'y a jamais eu de réaction fébrile chez le malade (ces kystes à contenu louche ne sont du reste pas ouverts pendant l'opération). Intervention laborieuse durant une heure et demie.

Dans la journée, un peu d'agitation, oligurie. Pas de fièvre : 36°5 et 37. Pas d'urticaire. Le malade meurt le 17 mars au soir avec phénomènes de shock très accusé.

Epuisement des malades ou cachexie déjà avancée : 6 cas (Ahrens, Auvray, Guinard, Daraignez, Dumont, Monéger).

OBSERVATION 94

Ahrens. — In Becker, Beitræge zur Klinische Chirurgie, 1907, p. 165.

Elisé L..., 34 ans.

Fut opérée par Bergmann pour kystes multiples du péritoine. Mourut deux jours après l'opération, d'anémie.

OBSERVATION 95

Daraignez. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, p. 169, 1906, 7 octobre.

Femme de 60 ans, a vu son ventre grossir progressivement depuis trois ans environ. Son abdomen est énorme et comparable à un ventre ascitique de quinze litres au moins. Mauvais état général, gêne respiratoire très accentuée. A l'examen, on se rend compte qu'il existe dans cet abdomen plusieurs poches fluctuantes paraissant indépendantes les unes des autres, parfois séparées par des zones sonores.

Diagnostic. Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale sans qu'on puisse faire remonter l'origine de l'ouverture dans le péritoine de kystes hydatiques antérieurs.

Laparotomie, mai 1901 : trois gros kystes se présentent d'abord qu'on essaie d'énucléer ; pendant ces manœuvres, on trouve que le ventre est littéralement bourré, depuis le diaphragme jusqu'au cul-de-sac de Douglas d'une infinité de kystes de grosseur variant du volume d'une tête de fœtus à celui d'une noix ; ils sont adhérents entre eux, ainsi qu'à tous les organes abdominaux, ces derniers sont littéralement noyés dans cette masse polykystique.

L'impossibilité absolue d'enlever tous ces kystes apparaît nettement. Je referme le ventre et le malade déjà bien affaibli meurt le lendemain.

OBSERVATION 96

DUMONT. — Bulletin de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 25 avril 1882.

M. Dumont présente une masse colossale de kystes hydatiques provenant de l'autopsie d'une femme morte dernièrement dans le service de M. Dudon, à l'âge de 39 ans. La malade depuis quatre ou cinq ans avait remarqué le développement d'une tumeur dans son hypocondre droit. Progressivement, sans douleurs vives, toute la cavité abdominale était envahie et le ventre présentait un volume considérable. On diagnostiqua un kyste de l'ovaire et l'on entreprit l'ovariotomie. A l'incision abdominale, une quantité innombrable de petits kystes jaillit entre les mains de l'opérateur. C'étaient des kystes hydatiques occupant l'abdomen tout entier et semblant développés surtout aux dépens de l'épiploon. Ils englobaient l'utérus, les ligaments larges et la naissance du vagin dans une masse informe où l'on ne distinguait ni les ovaires ni les trompes. Le diaphragme était à peu près détruit ; le cœur refoulé à gauche par des kystes abondamment développés dans la plèvre droite et le médiastin ; la malade très affaiblie succombe peu après l'opération.

Intoxication chloroformique : 1 cas (Mignon-Laforge).

OBSERVATION 97

MIGNON et LAFORGUE. — Société de Chirurgie, 1900, p. 669.

Militaire vigoureux de 24 ans, qui avait fait deux ans de service sans accident. Il s'est plaint, en février dernier, d'une douleur et d'une grosseur dans l'aine droite et fut envoyé au Val-de-Grâce avec le diagnostic de « kyste du cordon spermatique droit ».

En examinant l'abdomen, on s'aperçut qu'il existait une saillie de la région hypogastrique, tumeur médiane, facile à circonscrire et plongeant dans le petit bassin. Par le toucher rectal, on sentait l'extrémité inférieure de la tumeur, entre le rectum et la vessie et on reconnaissait une poche à contenu liquide.

Il existait une hypertrophie du foie et des troubles urinaires caractérisés par une polyurie et une pollakiurie aboutissant à une émission de trois litres d'urine par jour.

Opération le 25 avril. Laparotomie médiane et sous-ombilicale ; dès l'ouverture du péritoine, la tumeur bombe entre les lèvres de la plaie ; elle est lisse, fluctuante et sillonnée de gros vaisseaux. Ponction, puis incision du kyste et extraction d'une membrane germinative épaisse (7 à 8 millimètres), une dizaine de petites vésicules de la grosseur d'une cerise, sortent avec la membrane. Fermeture des lèvres du péritoine par suture, puis capitonnage du kyste et suture totale.

Il existait trois petits kystes de la paroi abdominale ; ils furent excisés.

Il y eut, après l'opération, une émission d'urine très abondante, puis l'état général se remit très vite.

En raison de l'hypertrophie du foie, on propose au malade une seconde intervention qu'il accepte sans hésitation.

30 mai. — Deuxième intervention. Deux minutes après le début de l'anesthésie, mort subite.

Il existait dans le lobe hépatique droit une petite poche intra-hépatique, à peu près vide et grosse à peine comme une orange. Derrière cette poche, s'en trouvait une seconde contenant 1250 gr. de vésicules de toutes dimensions, du volume du poing.

Le lobe gauche était farci de kystes hydatiques.

On trouve aussi deux kystes du diaphragme, un kyste dans la rate et de petits kystes multiples dans l'épiploon et le côlon transverse .

Les deux reins présentaient une dilatation du bassinet du volume d'un œuf de poule ; hydronéphrose bilatérale consécutive à la compression des uretères par la tumeur hydatique du petit bassin.

Rien au péricarde, au cœur, ni au cerveau.

Infection intercurrente, (Abadie) kyste suppuré gazeux, (Cranwell) méningite (Parlavecchio) fièvre typhoïde.

OBSERVATION 98

M^me^ Abadie Feyguine et Abadie. — Echinococcose dans les affections gynécologiques. Revue de Gynécologie, 1911, p. 465.

Victorine M..., 24 ans, présente des lésions bacillaires des deux sommets pulmonaires et, en outre, de l'ascite

et des tumeurs abdominales qui ont fait penser à de la tuberculose péritonéale. Emaciation extrême.

A l'examen, nous trouvons gros foie, grosse rate, utérus bloqué par une série de tumeurs agglomérées autour de lui ; certaines de ces tumeurs font saillie dans le Douglas, d'autres sont perceptibles au-dessus du pubis. Elles paraissent irrégulières, plutôt sphériques, dures. En outre, vers l'ombilic, un peu parout, dans l'abdomen, on trouve d'autres tumeurs, celles-ci mobiles et que l'on peut parfois saisir à travers la paroi assez pour suivre leurs contours et sentir leur rénitence.

Diagnostic : échinococcose généralisée du péritoine, secondaire, probablement à un kyste du foie.

Réaction de Fleig positive.

Néanmoins, il nous est impossible de retrouver dans l'histoire de la malade le moindre épisode, le moindre symptôme qui puisse révéler une rupture du kyste du foie.

Première opération 16 juillet 1910. Anesthésie chloroformique : 1° Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'épiploon est bourré de kystes hydatiques et son pôle inférieur est étroitement adhérent à la vessie et à l'utérus autour desquels sont agglomérés toute une série de kystes. On libère dans le flanc gauche, dans le flanc droit, puis en bas péniblement, et l'on enlève la totalité du tablier épiploïque. L'exploration montre encore deux kystes rétro-utérins ; on les injecte au formol, les ouvre, les vide, et les laisse béants. On voit que la rate est énorme et que le foie porte à sa face inférieure une poche flétrie, qui semble bien une poche de kyste hydatique crevé. Fermeture en un seul plan.

2° Laparotomie latérale gauche sur la convexité de la rate. On ponctionne, injecte au formol, puis on ouvre un kyste, puis un second immédiatement au contact du premier, la cavité résultante admet la main et la moitié de

l'avant-bras. Réduction sans drainage. Fermeture en un seul plan. L'état de la malade empêche toute prolongation de l'opération et l'on remet à plus tard pour venir sur le foie. Suites bonnes, mais grandes oscillations de température atteignant le soir entre 38°5 et 39°. Amélioration puis œdème des membres inférieurs.

A l'examen : foie énorme, saillant et sonore ; diagnostic : kyste hydatique suppuré gazeux.

Deuxième opération 16 août 1910. Chloroforme à la reine. Laparotomie latérale droite sus-hépatique. On ouvre aussitôt la cavité kystique, des gaz s'en échappent, puis une énorme membrane hydatique en partie fragmentée, jaune, noire par places, enfin une infecte bouillie putride de pus mal lié, de débris de membranes, et de multiples vésicules fripées, jaunes, ocres ou noires, semblables à des peaux de raisin ou de lentilles. Grand lavage de la cavité qui ne contient pas moins de deux litres à l'eau oxygénée, puis au sérum. Deux gros drains. Suture. Sérum intra-veineux. Mort.

Autopsie : rien de particulier à noter en dehors de la cavité abdominale, si ce n'est de la congestion active des deux sommets pulmonaires sans lésion de fonte. Les pédicules de résection de l'épiploon sont parfaitement cicatrisés, de même que ceux qui rattachaient la masse épiploïque à l'utérus lors de la première intervention.

Les kystes hydatiques de la rate ont suppuré, mais leur cavité est fermée et ne communique pas avec la cavité abdominale.

Le kyste du foie occupe la plus grande partie du foie et a fait saillie à la face inférieure du lobe droit largement perforé ; la cavité à ce niveau semble fermée par le mésocôlon transverse adhérent ; elle est remplie par une bouillie infecte de sanie et d'hydatides.

Il existe un volumineux kyste hydatique de l'arrière-

cavité des épiploons et trois kystes du volume d'une orange dans le mésocôlon transverse ; ces kystes sont absolument clairs.

OBSERVATION 99

CRANWELL. — Revue de Gynécologie, 1907, p. 612.

S. V., 18 ans, journalier, entre le 13 novembre 1912. Il fut opéré d'un kyste du foie (ponctions).

Il y a trois mois, le médecin lui dit qu'il avait un kyste du foie ; dernièrement le kyste commença à croître et c'est alors qu'il ressentit quelques douleurs.

17 décembre 1902. — Ouverture d'un kyste hydatique de la face supérieure du foie, extraction de la membrane mère et fermeture complète en fixant la paroi.

Le 7 juin, puis le 30 janvier, réouverture de la cavité, d'où s'écoule une grande quantité de sérosité mélangée avec du pus. Cette intervention fait tomber la fièvre, et fait disparaître les frissons et les sueurs dont le malade souffrait.

En septembre 1905, il rentre à l'Hôpital, se plaignant de troubles urinaires et de constipation. Il a de la pollakiurie et une constipation alternant avec des crises de diarrhée. Le malade présente dans l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite une série de petites tumeurs dont la grosseur varie entre celle d'une noix et celle d'une orange, dures et un peu douloureuses à la pression par le toucher rectal ; on trouve entre la vessie et le rectum une tumeur rénitente, lisse, et qui, par sa compression, diminue tota-

lement la lumière du rectum. On pratique alors la laparotomie sous-ombilicale, on extirpe une série de petits kystes de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite, puis on vide et on marsupialise le plus grand kyste qui était logé entre la vessie et le rectum. Le malade guérit au bout d'un mois.

Peu de temps après, il est opéré par la voie transpleurale, marsupialisation et drainage d'un autre kyste du foie qui nécessite deux mois plus tard pour pleurésie purulente, une pleurotomie avec résection de côtes.

Dans les premiers jours de juin, fièvre, vomissements, attaque de convulsions et coma. Mort le 11 juin.

En ouvrant la cavité cranienne, on note que les méninges sont totalement recouvertes par une peau jaune, verdâtre, fétide.

Les anses intestinales présentent quelques adhérences entre elles ; les anses supérieures offrent des adhérences fibreuses et résistantes avec la paroi abdominale. A la hauteur de la cicatrice inférieure de la ligne médiane, le cæcum est aussi soudé à la paroi, le côlon ascendant est très dilaté, son angle se trouvant placé entre le foie et la paroi abdominale. En arrière de la vessie, il y a deux tumeurs, une plus grosse qu'une orange, l'autre plus petite, de surface lisse et de couleur blanc nacré ; elles sont rénitentes à la pression et donnent une sensation de fluctuation ; à l'incision, il sort de leur intérieur un liquide cristallisé de la membrane mère.

Elles présentent de fortes adhérences avec la vessie et des adhérences plus faibles avec le rectum, et compriment les uretères qui sont très dilatés, de même que les bassinets rénaux.

OBSERVATION 100

PARLAVECCHIO. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. 101, p. 205.

M. T...., 50 ans. De très bonne santé antérieure, ressentit, il y a neuf ans, de très vives douleurs abdominales d'intensité variable. On pensa à l'existence d'une péritonite aiguë, de cause inconnue. Il n'y avait eu ni traumatisme, ni effort. Ces différents symptômes disparurent lentement et progressivement.

Cinq ans après, persistance de vomissements et régurgitations acides. Un traitement approprié, améliorait la malade, quand se produisit une crise suraiguë, avec maximum de douleurs à la base droite du thorax. Collapsus.

Il existait de la matité à droite, de la dyspnée et un sentiment très prononcé de malaise. Bien que la ponction ait été négative, on pensait plutôt à un kyste qu'à une tumeur du poumon. La malade eut plusieurs crises d'étouffements ; à la suite d'une de ces crises, elle rejette des membranes d'échinocoques.

Première opération. Incision le long du bord costal. Décollement du péritoine et incision du kyste. Une fois vidé, on essaye de l'extirper, mais on constate qu'il est adhérent au foie, aux reins et qu'il remonte dans la cavité pleurale, après avoir perforé le diaphragme, qu'il dépasse de plus de dix centimètres. Le kyste émettait un autre prolongement, dur, mamelonné, qui s'enfonçait dans le mésocôlon transverse, et occupait un autre prolongement dans la gouttière vertébrale gauche. La tumeur est en partie énucléée, en partie marsupialisée et drainée.

L'opération dura une heure et fut bien supportée.

Deuxième intervention. Comme il y avait de la rétention pleurale, on pratiqua l'ablation de la septième côte gauche, qui permet de drainer un diverticule de la portion antérieure du kyste.

Guérison rapide, et la malade sort guérie, l'état général étant bien meilleur.

Deux mois après, la malade sent un gonflement à droite dans l'abdomen, lui causant des troubles respiratoires, digestifs et des malaises. La palpation de l'abdomen permet de reconnaître l'existence de nombreux autres kystes.

Troisième opération : Janvier 1906.

Scopolamine-morphine. La palpation, sous anesthésie, permet de sentir un plus grand nombre de kystes. Laparotomie médiane sus-ombilicale, puis sous-ombilicale pour atteindre un kyste bas situé. Il existe deux grands kystes de la face inférieure du foie, un dans le mésocôlon ascendant (noix) ; un dans le mésocôlon transverse (orange) ; un dans l'ovaire droit (œuf de poule) ; un dans le ligament large droit (tête d'enfant) ; un occupant complètement le Douglas ; toute la partie médiane de l'épiploon est farcie de kystes plus ou moins grands.

Le cas semblait inopérable et l'on aurait refermé le ventre, mais il fallait diminuer la pression exercée sur le diaphragme repoussé fortement en haut, et on fit l'intervention suivante :

Extirpation de toute la portion médiane de l'épiploon ; énucléation complète du kyste du mésocôlon transverse ; extirpation du kyste de l'ovaire ; ponction, résection, marsupialisation des autres kystes, sauf de celui du Douglas.

Pour diminuer le moins possible la résistance de la paroi abdominale, on fixe les pédicules, les uns à l'angle supérieur de la plaie, les autres à l'angle inférieur ; la

portion médiane est fermée par quatre étages de sutures à la soie.

L'opération dura deux heures ; la perte de sang fut minime ; le shock fut plus prolongé que grave et nécessita beaucoup d'injections de sérum. Le dixième jour se produisit une légère éventration due à la pression des gaz intestinaux. La malade se leva le quinzième jour.

Le kyste du Douglas fut ponctionné le 15 mai 1906 par le vagin, après incision de l'hymen. Il s'écoula par le trocart, environ un litre de liquide sanieux, puis le sac fut lavé à l'eau stérilisée et au sublimé à 0,02 pour 1.000.

Il y eut une amélioration notable, rétablissement du cours des matières.

Le 10 mars, diarrhée, fièvre, torpeur. On ne trouve rien de particulier du côté des plaies. Le kyste du Douglas est disparu.

On apprend que la malade, soumise à une diète relative, avait mangé, en cachette, des poissons qu'on lui avait apportés et qu'elle avait mis en réserve ; ceux-ci étaient putréfiés quand la malade les absorba.

Purgatifs et traitement approprié.

Le 15 mars, tous les signes d'une typhoïde sont nets. On sent une résistance de la fosse iliaque droite ; la ponction laisse écouler 10 centilitres de liquide clair ; lavage au sublimé.

La typhoïde suit son cours, mais le 15 la malade demande à rentrer chez elle ; elle y meurt après quelques jours.

La guérison opératoire était complète.

Embolie plus ou moins tardive : 2 cas (Martin, Rings).

Shock opératoire à la suite d'interventions trop longues : 7 cas (Bousquet, Geissel, Le Jemtel, Madden. Michaux, Pauchet, Prochnon).

OBSERVATION 101

MADDEN. — Lancet, 1909, 13 février, p. 450.

Jeune femme, égyptienne, entrée pour prolapsus de l'utérus en 1899. On découvre un kyste hydatique de ligament large. Ponction, puis ablation du kyste. La malade sort guérie trois semaines après.

La malade revient en 1904, présentant une tumeur dure dans la partie droite de l'abdomen. Au lieu d'un fibrome, on découvrit, après la laparotomie, un kyste hydatique du Douglas. Ce nouveau kyste, plus volumineux que le premier, était uni à l'intestin et à l'appendice par des adhérences récentes. Le kyste fut extirpé après ligature d'un faisceau de tissu conjonctif, qui s'enfonçait dans la profondeur. Guérison normale.

En 1907, par une incision dans l'espace semi-lunaire droit, on extirpa un certain nombre de tumeurs rétro-péritonéales. Ablation de l'appendice, et de plusieurs petits kystes, ainsi que de quelques hydatides calcifiées, jaunes, siégeant sur le mésocôlon, le mésentère et l'intestin.

L'abdomen augmente de volume quatorze jours après l'opération ; on pense à de l'ascite, mais les symptômes étaient dus à une tumeur kystique siégeant à droite et s'étendant du pelvis à l'ombilic. Il existait aussi une masse assez dure, mais circonscrite dans la région lombaire gauche. La malade se plaignait aussi d'oppression et de douleurs siégeant au niveau des côtes inférieures.

Quatrième opération, le 11 janvier 1908. Laparotomie. Un grand kyste repousse le côlon transverse en bas et le côlon ascendant en dedans, il descend jusque dans le bas-

sin, en passant derrière le foie, remonte jusque dans la plèvre. Il était adhérent à la colonne vertébrale, au niveau des insertions du diaphragme, ainsi qu'au lobe gauche du foie. Incision du kyste et drainage par la voie postérieure. Gros drain dans le Douglas ; lavage du péritoine. On extirpe aussi de nombreux kystes de l'épiploon gastro-côlique et gastro-splénique, qui constituaient la masse sentie à gauche.

Il existe aussi plusieurs kystes sur et dans les mésentères. Par voie pleurale, on extirpe deux kystes, remplis de vésicules filles, inclus dans le diaphragme. On établit par voie pleurale un drainage du grand kyste. Il s'écoule ultérieurement un grand nombre de vésicules filles.

Shock énorme ; mort au bout de quelques jours.

Autopsie : Le lobe droit du foie, très atrophié par la pression du kyste, était formé presque exclusivement de tissu fibreux ; le lobe gauche énorme, remplissait toute la région sous-diaphragmatique gauche. Une partie de l'intestin grêle était fixée par des adhérences dans toute sa longueur. On ne trouve pas d'autres kystes.

OBSERVATION 102

Michaux. — 1893. Jahresbericht für Medizin.

Jeune homme de 20 ans, ayant un kyste du foie, ponctionné quatre ans auparavant. Le ventre augmente de volume ; on y sentait des tumeurs multiples. Par laparotomie, on vida quatre pleins-bassins. Mort au bout de 24 heures.

Autopsie : Quatre kystes dans le foie ; trois dans la rate et beaucoup d'autres dans l'épiploon, le ligament gastro-splénique et les deux lobes pulmonaires gauches.

OBSERVATION 103

Prochnon. — 1900, Gyogyanat.

Femme de 37 ans, avec de nombreux kystes échinococciques abdominaux. On en isola soixante.

Mort rapide par choc.

Refus d'interventions supplémentaires : 2 cas (Abadie), 7 mois après (Garré).

Péritonite : 4 cas. (Faure) après 8 jours, (Forgue-Biscaye) après 18 jours, (Madelung) après 5 et 7 jours.

OBSERVATION 104

Byscaye. — Thèse de Montpellier, 1905.

Anna S..., 41 ans, ménagère. Entre le 4 mai 1905 pour récidive et généralisation de kystes hydatiques.

Début. — Opérée le 13 avril 1901 pour fibrome utérin et kystes multiples du bassin et de l'abdomen. L'opération fut pleine de difficultés, mais les suites ont été excellentes : la malade est sortie guérie après un séjour de trente-deux jours à l'Hôpital, en mai 1901.

Etat actuel. — Le 5 mai 1905, la malade revient à l'Hôpital pour éventration et multiples tumeurs abdominales que l'on diagnostique être des kystes hydatiques.

Opération. — Le 9 mai, anesthésie au chloroforme.

1° Ablation d'un kyste pariétal juxta-ombilical ;

2° Ablation sans ouverture d'un kyste du volume d'une tête de fœtus situé dans la fosse iliaque gauche, dans le méso-sigmoïde. Ablation d'une poche de la région épigastrique au-dessous du foie avec lequel elle n'a pas de connexion, ce kyste occupe le mésocôlon transverse et la partie toute supérieure du mésentère. La poche est ponctionnée, vidée, elle renferme de nombreuses vésicules filles. L'intérieur de la poche, une fois la membrane enlevée est touché au formol à 1 0/0 ; on resèque ce que l'on peut, on met quelques points de suture, mais la majeure partie est laissée dans le ventre, librement exposée.

Le lendemain de l'intervention : dyspnée assez forte ; on constate par minute 60 respirations, tandis que le pouls n'est qu'à 90 et la température à 37° ; il y a évidemment de l'intoxication hydatique ; on prescrit l'oxygène en inhalations et le sérum artificiel en injections sous-cutanées.

Les jours suivants, à deux reprises, la malade est prise de vomissements qui ne cèdent qu'à des lavages de l'estomac à l'eau alcaline. Après un mieux relatif, les phénomènes s'aggravent à la suite d'infection secondaire ; le 25 mai et le 26, la température et le pouls s'élèvent progressivement, le facies devient mauvais, les vomissements reprennent, la malade meurt dans l'hyperhémie à cinq heures du soir. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

C'est en nous basant sur ces indications, que nous devrons donner une ligne de conduite aux chirurgiens qui se trouveront en face de kystes hydatiques multiples.

Partant de ce fait que, abandonnée à elle-même, l'affection détermine tôt ou tard des accidents mécaniques de la plus haute gravité, et qu'elle aboutit

invariablement à la cachexie et à la mort, le chirurgien ne doit pas attendre, ni regarder les lésions comme véritablement au-dessus de tout effort thérapeutique. Qu'arrive-t-il, s'il referme le ventre, désespérant à l'avance de ne pouvoir rien tenter d'utile, en présence de ces abdomens littéralement « bourrés », « farcis » de kystes, de ces adhérences nombreuses qui unissent les kystes entre eux ou aux organes voisins ? Que se produit-il s'il se contente de dire que « l'impossibilité absolue d'enlever tous ces kystes apparaît nettement », qu' « aucune intervention n'est possible dans ces conditions » ? Les malheureux malades, abandonnés à leur sort, ne tardent pas à succomber à des accidents de compression ou à la cachexie hydatique. Bien piètre résultat, dont personne ne saurait se contenter, connaissant surtout les bienfaits de la chirurgie interventionniste quand même.

Mais il ne faut pas tomber dans un excès contraire, et ne pas se croire autorisé (en face du sort qui attend les malades) à toutes les audaces ; ne pas s' « acharner » dans les opérations, ni les faire durer 2 heures, 2 heures 1/2, voire même 3 heures 1/2 (Prochnon), pour « nettoyer l'abdomen », car alors les opérés meurent de shock. Ce fut le sort des opérés de Pauchet (les kystes enlevés pouvaient remplir quatre cuvettes), de Michaux (les tumeurs extirpées emplissaient quatre bassins), de Geissel qui enleva plus de 50 kystes...

Enfin, nombre d'opérateurs, partisans de l'opération, commencent le traitement, mais après une ou deux interventions palliatives, se voyant dans l'im-

possibilité absolue d'enlever tous les kystes, craignant la repullulation des lésions, qui exposent le chirurgien à « un véritable travail de Sisyphe », cessent leurs efforts et abandonnent leurs malades. C'est pour eux que Ribera y Sans disait, en 1905, « le mieux est de ne pas toucher à ces ventres et au cas où l'on aurait fait une laparotomie, de la réduire à une opération exploratrice ».

OBERVATION 105

Potherat. — Société de Chirurgie de Paris, 1909, p. 16.

Jeune malade, dont le ventre était distendu par des collections liquides sur la nature exacte desquelles je n'étais pas fixé.

Le ventre ouvert, je trouvai deux grands kystes pelviens, qu'il me fut facile de reconnaître pour des kystes hydatiques ; je pus les enlever en totalité par énucléation.

Ces deux grands kystes enlevés, je vis l'abdomen en totalité parsemé de kystes, fixés sur tous les organes : viscères, épiploons, péritoine. Ces kystes développés, non par centaines, mais par milliers, avaient un volume des plus variables, allant depuis celui d'une noisette et moins, jusqu'à celui d'une mandarine ou d'une grosse orange, en passant par tous les intermédiaires.

Il est bien évident, qu'en présence d'une pareille diffusion, on ne peut songer sérieusement à une cure radicale, par quelque procédé que ce soit, actuellement connu, fût-ce même par le formolage.

Chez ma malade, j'enlevai par énucléation un nombre

considérable de kystes ; je m'y acharnai pendant près de deux heures et j'en sortis ainsi peut-être près d'une centaine, car l'énucléation se faisait facilement et rapidement. Mais je dus m'arrêter, découragé par la multiplicité des kystes, telle que le travail effectué paraissait peu de chose à côté de celui restant à effectuer. Tous ces kystes étaient comme greffés superficiellement, comme tombés sur les organes et rien, cependant, dans l'histoire clinique de la malade, ne permettait d'invoquer la rupture d'un kyste antérieur.

Mon opérée survécut, elle fut améliorée beaucoup d'abord ; puis son état général s'aggrava ; elle dépérit progressivement ; au bout de trois mois, elle passa de Bonsecours à l'Hôtel-Dieu, où elle finit par succomber.

L'abstention n'est pas l'avis de tous, et Bouilly (1887), Poncet (dans la thèse de Monéger, 1892), Gouilloud, dans sa communication au Congrès de Chirurgie (1894), prônaient le traitement chirurgical poursuivi patiemment jusqu'à la guérison. Ces idées furent surtout défendues par M. Dévé, qui, depuis sa thèse (1901), n'a cessé, par ses discours et ses écrits, de diffuser l'idée de l'utilité et surtout de la légitimité de l'intervention dans le cas de kystes hydatiques multiples, malgré la difficulté de la guérison.

Nous n'insisterons pas sur le traitement des kystes hydatiques multiples, mais peu nombreux, que l'on peut parfois rencontrer au nombre de 6 ou 8... Ceux-ci sont généralement assez volumineux, mais bien limités. Les traitements récents, que nous avons envisagés plus haut, leur seront appliqués selon les différentes indications résultant de leur siège, de leur

volume, de leurs relations avec les organes environnants.

Nous voulons surtout insister sur le traitement des kystes hydatiques multiples ayant envahi toute la cavité abdominale. Les malades ainsi infectés, se présentent sous deux aspects bien différents. Ou bien, ils viennent trouver le chirurgien à l'occasion de troubles vagues, de douleurs, d'une sensation de gêne et l'on pensait le plus souvent chez eux à l'existence de kystes ovariques, de fibromes multiples... Ce sont les malades que l'on pourrait appeler « simples », par opposition à une autre catégorie de patients adressés aux chirurgiens pour des accidents d'occlusion, ou pour des troubles vésicaux ou pour des troubles intenses de l'hématose ou de la respiration, somme toute, des malades en état de complication, ou « compliqués ».

Dans le premier cas, l'intervention n'est pas urgente, l'examen des différents viscères peut être pratiqué à loisir, la palpation abdominale, le toucher rectal ou vaginal permettront de recueillir des renseignements plus ou moins précis sur le siège, le nombre, le volume des tumeurs. L'étude des sécrétions des différents organes permettra de connaître leurs tares et de tourner les difficultés qui en résultent. Ce dernier examen permettra de choisir l'anesthésique de choix.

Chez ces malades, en effet, de par l'existence de kystes nombreux, la substance hépatique est le plus souvent notablement réduite, les cellules ont leurs fonctions plus ou moins viciées, l'emploi de chloro-

forme sera d'autant plus dangereux chez eux que les reins eux-mêmes sont souvent lésés, soit qu'il existe de l'uronéphrose plus ou moins manifeste (Cranwell), soit que les kystes siègent au niveau d'un ou des deux reins et diminuent ainsi leur puissance d'élimination en restreignant le volume de substance active.

Le même reproche pourrait être adressé à l'éther, qui, s'il est moins nocif vis-à-vis de la cellule hépatique que le chloroforme, agit aussi sur le tissu rénal.

Il semble que chez ces malades l'anesthésie lombaire obtenue par l'usage de cocaïne, de stovaïne, ou plutôt de novocaïne, donnerait ici les meilleurs résultats. Les recherches de Riche et Mestrezat, de Riche et Chauvin, ont montré l'inocuité relative de la novocaïne (seule employée dans le service de notre Maître, M. le Professeur Weiss), qui n'irrite pas les tissus avec lesquels elle entre en contact et dont l'action sur le rein et le foie peut être considérée comme négligeable.

Ce mode d'anesthésie a un autre avantage, c'est qu'il réduit au minimum le shock opératoire. Alors qu'une heure de chloroforme ou d'éther produit plus de désordres que douze jours d'inanition complète chez un sujet en bon état (Vidal), la rachianesthésie n'offre rien de semblable. Au lieu d'être affaissé dans son lit, immobile, plus ou moins obnubilé le premier jour et fatigué les jours suivants, ou bien d'être excité au point d'être calmé difficilement par la morphine, le malade rachianesthésié n'est pas abattu, son facies est normal, il cause volontiers et cherche souvent à s'occuper. Comme il ne vomit pas, il peut être ali-

menté précocement, avantage énorme chez les individus fatigués et dont l'état général est toujours plus ou moins atteint.

En raison de sa facilité, de son innocuité, et des suites favorables qu'elle comporte, la rachianesthésie nous semble être des plus indiquées pour le traitement des kystes hydatiques multiples. Elle l'est d'autant plus que l'altération de l'état général est considérée comme une indication de ce mode d'anesthésie.

Le malade étant anesthésié, ou endormi, selon la méthode adoptée, quelle ligne de conduite devra suivre le chirurgien ?

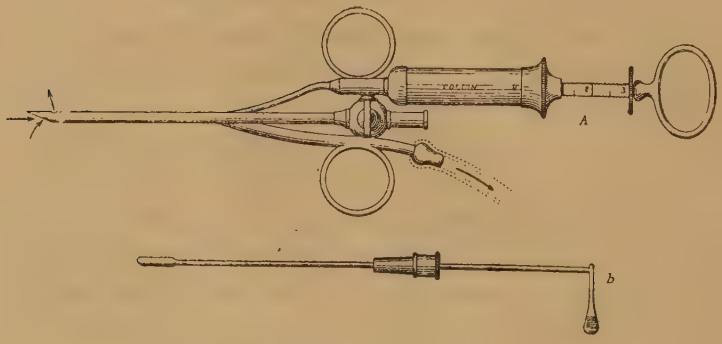
Si l'examen du malade a montré l'existence de kystes du bassin et d'autres régions, ce sont les premiers qu'il faut attaquer tout d'abord, car, nous l'avons vu, les complications les plus sérieuses et souvent les plus imprévues, proviennent des kystes pelviens.

Pour les aborder, la voie abdominale est la plus rationnelle, et comme Tuffier l'a démontré en 1891, au Congrès de Chirurgie, la meilleure voie d'attaque est l'hypogastre. Par cette incision, l'opérateur peut faire une intervention aseptique, se donner un jour large, voir ainsi toutes les connexions du ou des kystes et pratiquer facilement l'opération.

Pour cela, le malade sera mis en position de Trendelenbourg, puis, le ventre sera ouvert (la laparotomie médiane semble être dans ces cas la méthode de choix, à l'encontre de certains procédés plus esthétiques, tel que celui de Pfannenstiel, par exemple). On reconnaît les organes pelviens rejetés le plus souvent vers le

haut, la cavité abdominale est isolée à l'aide de « champs », recouverts encore, si l'on craint une rupture, de compresses imbibées de formol à 1 ou 2 0/0. Il faut alors immédiatement ponctionner le kyste qui se présente le premier à la vue ou qui est le plus saillant, injecter dans sa cavité une quantité de solution formolée (1 p. 100), sensiblement égale à la quantité

Appareil de M. Quénu.



Trocart de M. Dévé.

retirée. On peut utiliser le procédé de M. Quénu, ou se servir du trocart formolisateur de M. Dévé (Société de Chirurgie, 30 avril 1913). Pendant les quelques minutes que demande la stérilisation du contenu du kyste, on pourra essayer de se rendre compte des con-

nexions de la tumeur, sans toutefois exécuter des mouvements trop brusques, sans trop essayer de rompre les adhérences.

On a déjà pu se rendre compte, par la quantité de liquide écoulé, s'il s'agissait d'un grand, moyen, ou petit kyste. Ces données sont importantes, car si l'on suppose que la masse trouvée est formée de nombreux petits kystes accolés, il faut tranquillement, posément, les traiter un à un. C'est dans ces cas surtout qu'il faut savoir aller lentement, car si le chirurgien lassé, énervé par une besogne certainement fastidieuse, se laisse aller à fendre toute la masse, non seulement il perdra le bénéfice de son travail, mais il vient d'exposer son malade à la résorption d'un liquide toxique, à l'intoxication hydatique parfois mortelle. Après chaque stérilisation, il faut fendre le kyste et enlever la membrane, puis se servir des lambeaux ainsi formés comme tracteurs, pour attirer la masse sous-jacente.

Cette opération peut durer un certain temps, mais si elle est accomplie régulièrement, posément, elle permettra d'être sûr des résultats à venir et toute complication étant évitée de ce côté, de remettre à plus tard les opérations complémentaires.

S'il s'agit de kystes d'un volume moyen, la méthode sera la même, mais elle sera naturellement plus rapide.

Au cours de ces opérations, on ne saurait trop recommander de porter une grande attention à la recherche des uretères qui peuvent être déjà dilatés et pris pour des kystes. Il pourrait être utile dans ces

cas, si le diagnostic était fait avant l'intervention, de pratiquer le cathétérisme urétéral et de laisser une sonde dans chaque uretère.

La palpation permettant de sentir un corps rigide dans le petit bassin renseignerait sur la présence de l'uretère, en même temps qu'elle nous montrerait son volume, et les différents obstacles qu'il est obligé de contourner.

On peut parfois ne trouver qu'un seul gros kyste, dans ce cas, il ne sera peut-être pas toujours facile, après la stérilisation du kyste, de pratiquer l'ablation de la membrane germinale. Il faut pourtant faire tous ses efforts pour l'extirper intégralement, sinon il faudra assécher le kyste très soigneusement, pincer la portion de membrane qui a résisté pour l'enlever. Lorsqu'on sera sûr de sa disparition totale on devra assécher le fond du sac à l'aide d'une compresse imbibée de formol, ou même injecter une légère quantité de formol dans le sac.

Pendant que le contact se produit, il faut en profiter pour examiner le restant de la cavité abdominale, les flancs droit et gauche, et, si on le peut, palper la région sous-diaphragmatique. Des constatations faites, résultera la décision à prendre pour la prochaine opération.

Revenant au sac rendu stérile, enlever tout le formol, assécher le sac, puis, si les parois ne sont pas trop épaisses, ni trop scléreuses, réséquer sur une assez large surface, la portion correspondant à l'orifice de ponction qui, à l'extrême rigueur, pourrait retenir accolés quelques scolex et suturer le sac, puis

le fixer, si possible, à la paroi, qui sera fermée très soigneusement.

Si les parois du sac sont rigides, infiltrées de sels calcaires, il faudrait le marsupialiser, mais s'il s'agit d'une femme, et que le kyste soit adhérent au Douglas, il sera peut-être préférable de compléter l'intervention par une colpotomie, ou plutôt d'ouvrir le sac sur une pince placée dans le vagin qui, naturellement, a été rendu aseptique avant l'opération. On pourra, dans ce cas, pratiquer la suture abdominale du sac.

Il est bien évident que nous n'envisageons ici que les cas faciles, car il peut se rencontrer des kystes excessivement adhérents à l'utérus ou aux organes génitaux, ou bien ceux-ci recouvrent la tumeur et empêchent d'en avoir le libre accès. Il sera plus pratique alors de pratiquer l'hystérectomie. Le procédé employé sera celui qui paraîtra le plus facile, celui dont l'opérateur a le plus l'habitude. Il semble toutefois que l'hémisection nécessitant le moins de délabrement et surtout permettant le plus rapidement d'arriver sur le kyste, ce qui permettra sa formolisation, est à conseiller dans ces cas complexes.

OBSERVATION 106

FAURE. — In thèse de PEFRON. Paris, 1900.

M. B..., 60 ans, souffre dans le ventre depuis longtemps.

Au toucher, tumeur abdominale énorme remontant très haut au-dessus de l'ombilic.

Plusieurs masses volumineuses très nettes, une dans la fosse iliaque droite, une dans la fosse iliaque gauche, une dans le petit bassin remplissant le cul-de-sac postérieur et repoussant en haut et en avant le col dont la lèvre postérieure est effacée et semble faire corps avec la tumeur. Dans la région ombilicale, tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, mobile et paraissant rattachée par un pédicule au reste de la tumeur abdominale.

Diagnostic : Fibrome.

Laparotomie : Le 7 décembre 1897 : kystes multiples de la cavité abdominale formant une masse à laquelle tient par un pédicule une grosse tumeur mobile, que l'on extirpe facilement par section de son pédicule.

Ablation des kystes du péritoine dont le volume est variable (noisette, noix). Extirpation d'un gros kyste remplissant la fosse iliaque droite. A gauche, adhérence intime entre un kyste volumineux et l'uretère. Ce dernier est peu à peu disséqué et séparé de la tumeur jusque dans la région rénale.

Adhérences si intimes du côté du petit bassin, entre les organes et le kyste qu'on doit marsupialiser ce dernier. Trois gros kystes, sans compter les petits ont été enlevés, mais le petit bassin est complètement envahi, surtout au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Dans la nécessité d'agir par le vagin pour ouvrir et surtout drainer le gros kyste du Douglas et pour faire un large drainage abdomino-vaginal qui paraît indispensable, on sacrifie l'utérus qui d'ailleurs est petit et parfaitement sain.

On pratique l'hémi-section utérine. Extirpation de l'utérus qui permet d'enlever le kyste situé derrière lui. Le ventre est alors refermé, puis le gros kyste du Douglas est ouvert et drainé par le vagin.

Mort six jours après l'opération d'accidents péritonéaux.

. Nous devons ajouter aussi que si l'opération a été menée comme nous l'avons indiqué avec les précautions aseptiques d'usage, il sera inutile de drainer. Le drainage, en effet, présente ici de gros inconvénients. Il peut être l'origine d'adhérences qui seront très gênantes plus tard, lors d'une intervention ultérieure.

En limitant l'intervention à ce « déblaiement » du petit bassin, complété, si l'opération n'a pas été trop longue et si l'état du malade le permet, de l'ablation totale du grand épiploon, on sera le plus souvent surpris de l'amélioration rapide des opérés qui ressentent un soulagement très notable d'une intervention qui, en apparence, n'a levé aucun obstacle et n'est peut-être rien en comparaison de ce qui reste à faire.

L'amélioration qui en résulte est souvent tellement notable, que les malades, eux-mêmes, réclament l'intervention qui pourrait être pratiquée, s'il n'existe pas de contre-indications, quatre semaines environ après la première opération.

A ce moment, on est déjà fixé par les constatations antérieures et, suivant qu'il s'agit d'extirper des kystes du flanc droit ou gauche, on pourra pratiquer une laparotomie latérale droite ou gauche.

Si ce sont les kystes hépatiques, ou péri-hépatiques, qui ont attiré surtout l'attention, on pourra pratiquer l'abord un examen radioscopique, suivi ou non de radiographie, qui pourrait aussi donner des renseignements intéressants. Pour aborder des kystes de cette région, on peut, ou pratiquer la résection du rebord costal, ou faire une laparotomie latérale. L'incision transversale, fort prônée ces derniers temps,

qui donne beaucoup de jour et un large accès sur le foie, serait des plus utiles.

A moins d'indications particulières, il sera plus sage d'intervenir de suite au niveau du foie. C'est là que réside le plus souvent le ou les kystes hépatiques, causes de tout le mal, et, nous le savons, il peut persister à ce niveau un foyer toujours prêt à déverser des germes hydatiques dans la cavité abdominale.

L'incision pratiquée, comme nous l'avons indiqué, il faut d'abord bien examiner la région, puis la garnir comme précédemment (champs et compresses). L'examen sera souvent facilité par la section du ligament suspenseur qui permettra d'attirer le foie en avant, manœuvre qui facilitera beaucoup les manipulations.

Les différents kystes rencontrés seront, tour à tour, ponctionnés, injectés, incisés, puis réduits après résection de la partie ponctionnée et suture sans drainage. Exception est faite pour les kystes bien pédiculés, qui peuvent être extirpés après ligature du pédicule.

Les kystes sous-diaphragmatiques, peu accessibles par voie simplement abdominale, pourront être plus facilement traités grâce à la résection du bord costal (nous n'insisterons pas sur sa technique bien connue) ; mais c'est une opération qui occasionne un shock assez marqué, et son application sera souvent contre-indiquée. Ces kystes seront alors traités dans une séance ultérieure, par voie pleurale.

Avant de quitter la région hépatique, il faudra rechercher le kyste rompu. On le trouvera souvent bourré de vésicules plus ou moins flétries, envahi par la bile, souvent suppuré, on lui appliquera un des trai-

tements préconisés plus haut, ainsi du reste, qu'aux différents kystes intra-hépatiques que l'on pourrait rencontrer. Ici encore, le chirurgien doit savoir se borner et s'arrêter si l'opération lui paraît déjà avoir assez duré. Il doit se souvenir aussi que les kystes du foie sont souvent multiples et multi-vésiculaires (22 p. 100) et se comporter en conséquence. S'il se croit obligé de marsupialiser un kyste de la région inféro-postérieure en raison de sa suppuration et de son grand volume, il ne devra pas craindre, pour faciliter le drainage, de pratiquer une contre-ouverture au niveau de la région postérieure. Cette incision de décharge permettant le libre écoulement des liquides du kyste, permettra une guérison plus rapide et sera très profitable.

Nous tenons à faire ici une remarque, la marsupialisation au niveau du foie expose à un inconvénient que nous n'avions pas encore signalé : la cholérragie, soit partielle, soit totale, tout le flux biliaire se déversant alors dans la cavité kystique (Terrier et Dujarier).

La cholérragie peut être primitive ou secondaire. Dans le premier cas, elle suit immédiatement l'évacuation du contenu ; il s'agit alors d'une cholérragie ex-vacuo, suite de la diminution de pression intra-kystique. La paroi des canalicules biliaires voisins, très fragile, se rompt alors et la bile se répand dans le kyste. C'est, du reste, une complication possible dans la réduction sans drainage.

Dans le second cas, elle est due au contact prolongé du pus, qui altère la paroi des canaux biliaires dilatés

(Wechselmann). Cette cholérragie totale résulte pour certains de l'existence d'une échinococcose secondaire d'origine biliaire (Dévé). Pour d'autres, de l'élimination de la coque conjonctive par suite de la suppuration, d'où ouverture de canaux biliaires voisins (Israël et Landau).

A part les cas où l'on trouve une compression des voies biliaires par un kyste voisin (Pauly), ou une oblitération du cholédoque (Kehr), cette cholérragie résulte d'une angiocholite concomitante, pouvant provenir de la suppuration du kyste qui aurait lésé d'abord des canalicules de l'adventice (Wechselmann). L'infection aurait gagné alors, de proche en proche, les gros troncs (Lawson-Tait). Nous n'insisterons pas sur ces accidents dont nous avons vu le pronostic, disons seulement que le traitement ultime sera le drainage des voies biliaires principales si l'écoulement ne tarit pas spontanément au bout de quelques semaines.

Pour éviter ces phénomènes d'infection dus à l'accumulation du pus, en plus de l'incision au point déclive, il faudra pratiquer un drainage large, avec de gros tubes, vidés chaque jour par l'aspiration. Quant à l'hémorragie qui peut se produire aussi à la suite de la marsupialisation de ces gros kyste hydatiques, le tamponnement en viendra le plus souvent à bout, mais elle pourra être évitée le plus souvent par les soins assidus et l'emploi de lavages antiseptiques dans l'ancienne cavité kystique.

Nous avons vu que la laparotomie latérale était le plus souvent employée pour le traitement des kystes

abdominaux. Nous devons dire toutefois que s'il existe des kystes de l'épiploon, et que celui-ci n'ait pu être réséqué, il sera utile alors de faire une laparotomie médiane, quitte si le besoin s'en fait sentir, à pratiquer une incision transversale, ou plutôt une nouvelle incision latérale, afin d'accéder plus facilement aux kystes du flanc.

Les kystes abdominaux sont, en général, de moyen ou petit volume. Ils sont souvent pédiculés ou inclus dans les mésos (circonstance aggravante), enfin, ils sont très nombreux. Pour beaucoup « suspendus comme des fruits à un arbre », il sera très facile de poser une ligature à leur base et de les énucléer.

Les kystes inclus dans les mésos et de faible volume, ou ceux que de fortes adhérences réunissent aux organes voisins, qui pourraient être déchirés lors de la libération de la tumeur, enfin les kystes sessiles, disséminés entre les anses intestinales, pourront, après injection préalable, être abandonnés « in situ » dans le terrain neutre, abrité, fermé, qu'est le tissu cellulaire graisseux sous-péritonéal, où ils pourraient, sans grands risques d'infection ultérieure, subir la nécrose aseptique qui les rendrait inoffensifs. »

OBSERVATION 107

MONOD. — Société de Chirurgie, 1909, p. 15.

J'opérai une malade qui se présentait à moi pour une récidive de son affection. Après ouverture du ventre, je

reconnus, outre une grande poche hépatique, l'existence d'un grand nombre de kystes disséminés dans le péritoine. J'enlevai un grand nombre de ces kystes, mais il n'était pas possible de songer à les enlever tous. Sur ceux que je considérais comme devant être laissés en place, j'eus l'idée d'y injecter, sans les vider, avec une seringue de Pravaz, une petite quantité de la solution de formol.

Cette malade a guéri sans incidents. Je ne puis affirmer qu'elle soit restée guérie. Je suis convaincu, cependant, que, dans les conditions où elle a été opérée, elle serait revenue me voir, si elle avait été de nouveau souffrante.

Cette pratique, indiquée déjà en 1905, par M. Dévé, fut utilisée par de nombreux auteurs : Monod, Picquet et Claeys, Chaput (1906), Abadie (1907) qui se sont loués de son emploi.

Les kystes trop volumineux, pourront, après stérilisation, être réséqués en partie et suturés sans drainage, ou bien, si l'on a quelques doutes sur leur septicité, être marsupialisés.

Ces différentes interventions effectuées (elles demandent 4 à 5 mois) le malade devra continuer à être surveillé pendant des années, mais il a toutes chances, l'évolution naturelle du kyste aidant, de se trouver débarrassé d'une affection dangereuse qu'on a pu, non sans quelques raisons, considérant sa marche et ses greffes, comparer à une tumeur maligne.

Nous devons maintenant envisager le traitement de l'échinococcose secondaire « compliquée », c'est-à-dire accompagnée d'une complication quelconque : occlusion, rétention d'urine..... Dans ces cas, il faut,

après un examen attentif du malade, aller droit au but, et lever l'obstacle à tout prix.

S'il s'agit d'occlusion, le toucher rectal pourra nous donner des indications précieuses et nous prévenir du siège probable de la lésion, qui sera le plus souvent pelvienne, et rarement abdominale. Si l'obstacle siège dans le bassin, il faut pratiquer cependant la laparotomie médiane sous-ombilicale et les lésions sous les yeux se rendre compte si là, vraiment, se trouve le siège de l'occlusion.

Elle peut être due à l'existence de quelques kystes, ou à un amas de vésicules plus ou moins volumineuses. La marsupialisation des premiers sera chose relativement simple, le traitement des seconds est assez difficile.

On a prôné, dans ces cas, l'usage de l'incision périnéale, mais de nombreux inconvénients, croyons-nous, contre-indiquent l'emploi de cette méthode. Lorsque, simplement par voie rectale, ou péniblement par voie périnéale, on est arrivé sur la masse kystique obstruant le bassin, on se trouve en présence de masses plus ou moins agglomérées, sur lesquelles il est difficile d'avoir un jour suffisant, gêné que l'on est par les dimensions forcément restreintes de l'incision et la profondeur du champ opératoire. On ne peut songer alors à pratiquer méthodiquement l'incision des kystes après leur stérilisation, soit qu'ils soient trop nombreux, ou d'un volume trop faible, soit qu'ils soient peu accessibles. La seule ressource est alors d'inciser tout ce que l'on rencontre devant soi. Il

nous semble que le remède, dans ce cas, est pire que le mal et que c'est vouloir, volontairement, aller au-devant de désastres. C'est qu'alors l'intoxication hydatique, souvent mortelle, rappelons-le, guette ces malades. De plus, et reproche encore plus sérieux, l'obstruction n'est, le plus souvent, pas levée, et les accidents dus à l'intoxication, se joignant à ceux provoqués par la stase, aggraveront encore la situation. Et si, par hasard, on pouvait lever le barrage, qu'adviendrait-il des lésions ainsi produites ? On peut être certain que, malgré toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie accumulées, la plaie s'infectera, surtout à la suite des débâcles intestinales et que la suppuration envahira toutes les coques libérées de leurs hôtes. Il se formera une énorme fistule, qui suintera plus ou moins longtemps et si la récidive ne se produit pas à bref délai, il se formera des adhérences, rapidement solides, qui pourront reconstituer les lésions anciennes et rendre une intervention secondaire beaucoup plus difficile. Sans compter que les kystes voisins s'infecteront à leur tour et compliqueront encore les interventions ultérieures.

Aussi croyons-nous que dans ces cas, lorsqu'on a reconnu l'impossibilité manifeste de rétablir facilement le diamètre rectal par voie abdominale, il faille recourir immédiatement à la formation d'un anus artificiel. Cette décision présente un autre avantage : en pratiquant l'entérostomie sur une anse dilatée, on sera sûr d'être au-dessus de l'obstacle, qui pourra ultérieurement être levé, lorsque les accidents auront

disparu et que l'état général du malade devenu meilleur, lui permettra de supporter sans danger une intervention plus longue.

L'anus contre nature sera pratiqué le plus bas possible, sur l'anse dilatée et fixée, autant que faire se pourra, dans la fosse iliaque droite ou gauche, de façon à permettre plus tard un libre accès de la cavité abdominale. Il peut arriver, en effet, comme dans notre cas, qu'il existe des kystes pelviens en nombre assez considérable, mais que, néanmoins, l'obstacle principal siège plus haut.

Dans l'ignorance du siège des lésions, ou devant une accumulation trop grande de kystes, il sera plus prudent aussi, vu l'état du malade, de pratiquer l'entérostomie. L'obstacle, nous l'avons vu, siégeant le plus souvent au niveau des angles du côlon, l'anus iliaque droit sera presque toujours praticable et pourra être tenté le plus souvent sur le cœcum.

Nous avons surtout envisagé les accidents survenus chez l'homme. S'il s'agit d'une femme, la colpotomie (traitement d'urgence), pourra être tentée, car elle donne plus de jour sur la lésion que l'incision rectale ou périnéale et n'expose pas aussi facilement à l'infection. Toutefois, étant donné le siège parfois si étagé des lésions, il nous semble que cette intervention doit être réservée au traitement des complications urinaires ; rétention.... ou comme intervention complémentaire.

OBSERVATION 108

Schroeder. — In Freund Gynakol. Klinik. Strasbourg, 1885, t. I.

Une femme âgée de 27 ans, primipare, souffre depuis un an de douleurs abdominales.

Le ventre a augmenté de volume.

L'utérus est entouré de toutes parts, de tumeurs fluctuantes, les postérieures remplissant le cul-de-sac de Douglas, sont solidement enclavées.

Laparotomie : on enlève quatre vésicules hydatiques avec la majeure partie de leur enveloppe conjonctive.

Quatre ans plus tard, la malade revient, le cul-de-sac postérieur est rempli par une grosse tumeur hydatique. On l'extirpe par une incision vaginale.

Drainage de la cavité. Guérison.

L'incision vaginale présente certains avantages, elle permet l'évacuation complète du kyste, surtout si les vésicules sont nombreuses, elle prévient toute complication péritonéale, grâce à la voie d'accès largement ouverte, qui permet un drainage facile. Mais elle n'empêche pas toujours la suppuration de se produire et ne supprime pas le sac, ce qui peut amener parfois des phénomènes de pelvi-péritonite dont nous avons vu plus haut les effets néfastes.

Aussi, même pour les accidents d'origine urinaire, si le cathétérisme n'est point possible, il reste indiqué de recourir à la voie hypogastrique, reconnue par Cranwell, comme la voie la plus rationnelle. Elle

seule, en effet, nous permet de voir exactement les lésions, d'extirper complètement, sans crainte de récidives, les tumeurs gênantes, et de faire porter l'action chirurgicale, non pas seulement sur les kystes du Douglas, mais sur toutes les tumeurs étagées le long de l'uretère et au niveau du rein. Naturellement, il ne peut être question de les extirper toutes, mais on pourra se rendre compte de celles qui sont le plus gênantes et s'en débarrasser de suite.

Pour toutes ces raisons, il nous semble que toujours la laparotomie doit être pratiquée et que la colpotomie et les autres interventions similaires ne doivent être que des adjuvants, et ne conservent que des indications très limitées.

Dans tous ces cas, et pour les raisons que nous avons invoquées plus haut, on donnera la préférence à la rachianesthésie qui donne un shock moins considérable et introduit une moins grande quantité de liquide toxique dans l'organisme.

Avant de terminer cette étude, nous devons envisager rapidement le traitement des complications possible des kystes abdominaux, nous voulons parler de ces kystes dans la cavité intestinale ou dans la plèvre.

L'ouverture directe des kystes hydatiques dans la lumière du tube digestif, se produit souvent sans aucune modification préalable du contenu du kyste Presque jamais la communication n'est préparée par une suppuration plus ou moins latente, et ses conséquences : péritonite périkystique ; formation d'adhérences entre la tumeur et l'estomac, l'iléon, le côlon,

ne préparent pas l'ouverture de la cavité dans la lumière de l'organe sous-jacent. La perforation est une suite, comme nous l'avons déjà étudié dans l'anatomie pathologique, du développement du kyste et de son accroissement du côté de l'intestin, amenant la dissociation et la rupture des fibres musculaires sous-jacentes. On comprend ainsi qu'il existe des adhérences, car elles résultent de l'étirement de l'ancienne base d'implantation. Aussi, les symptômes prémonitoires de la perforation passent le plus souvent inaperçus, car il n'y a pas d'inflammation, mais simple usure.

Par contre, la rupture, l'ouverture du kyste dans le tube digestif s'accompagne le plus souvent de symptômes très nets, semblables à ceux de la rupture intra-péritonéale. L'explication de ces signes est donnée d'une demi-heure à plusieurs heures après l'accident, par l'apparition, en même temps que d'urticaire, d'une débâcle diarrhéïque plus ou moins intense, car elle varie suivant le volume du kyste. Le malade rend des matières liquides, mêlées de débris d'hydatides. Suivant le volume de la perforation, suivant la facilité des communications entre ces deux vases creux, cette émission se fait d'une façon continue, ou diminue rapidement pour reprendre au bout d'un certain temps. Le duodenum, le côlon transverse, l'intestin, puis l'estomac sont le siège de prédilection de ces ruptures. Dans ce dernier cas, le contenu du kyste s'élimine en partie à la suite de vomissements, aussi l'évacuation est plus rapide.

A l'encontre de ce que l'on pourrait penser, la sup-

puration du kyste n'est pas fatale, et la guérison peut survenir très simplement par diminution de la cavité et rétraction de la poche, mais il ne faut pas trop compter sur cette guérison idéale, et l'intervention est des plus indiquées.

L'indication est formelle pour les kystes rompus dans l'estomac, car tous les cas connus se sont terminés par la mort du malade, suivant de plus ou moins loin la rupture du kyste (Cruveilhier, Letourneur).

OBSERVATION 109

DREGEN. — 1897. In Becker, Beitræge zur Klinische Chirurgie, 1907, p. 164.

Louis B..., 50 ans, agriculteur.

Tomba malade il y a deux ans, douleurs violentes à droite à l'épigastre, le foie augmente de volume. Ces crises reparurent quatre fois.

Depuis six mois, gonflement dans l'hypogastre gauche. Le foie est très augmenté de volume.

On sent dans l'abdomen plusieurs tumeurs mobiles du volume d'une pomme.

Diagnostic : Kystes multiples du péritoine.

Opération : Le 8 décembre 1897.

La surface du foie est mamelonnée, granuleuse. Extirpation de deux kystes du péritoine ; on incise et fixe à la paroi un troisième kyste très grand renfermant de nombreuses vésicules filles, logées dans le bassin, derrière la vessie. De plus, on trouve dans le Douglas, un quatrième kyste qui sera ouvert par voie rectale, le 5 janvier 1898.

Il existe dans le péritoine de nombreux petits kystes allant jusqu'au volume d'une noisette.

Guérison lente.

Le 7 juillet 1903 subitement, le malade rejette dans les selles et vomit de nombreuses membranes et des vésicules (Rupture probable dans l'estomac).

Mort le 4 août 1903 (Péritonite).

La mort survient, soit par infection de la cavité, soit par la répétition d'hémorragies profuses, venant soit du kyste, soit du tractus intestinal (Quénu).

OBSERVATION 110

GUINARD. — Bulletin de la Société Anatomique, Déc. 1881.

M. Guinard lit l'observation d'une femme entrée dans le service de M. Verneuil pour une coxalgie. On constata qu'elle était également porteur de trois kystes hydatiques placés, l'un au niveau du foie et les deux autres dans les fosses iliaques. Ces trois kystes furent ponctionnés ; l'un guérit, l'autre était en bonne voie de guérison ; quant au troisième, il communiquait avec l'intestin par une poche purulente, et la malade mourut d'épuisement.

L'autopsie démontra que ces trois kystes appartenaient au foie qui était descendu jusque dans les fosses iliaques. En outre, après avoir enlevé le foie, on s'aperçut que le grand épiploon était retenu dans le petit bassin par trois kystes appendus à son extrémité inférieure. Un autre kyste hydatique, de la grosseur d'une noix, était développé dans le ligament large, du côté gauche.

Quant aux kystes rompus dans l'intestin, si l'émission de germes hydatiques persiste après plusieurs semaines, il y a lieu, là aussi, de recourir à une intervention, afin d'éviter l'infection de cette cavité.

L'intervention, dans les cas de ruptures dans l'intestin, quoique devant être précoce, n'est pas urgente, aussi on pourra laisser le malade se remettre de son shock à la suite de la rupture et n'intervenir qu'une fois les accidents aigus disparus. Les avantages de cette rapidité sont bien nets. On pourra encore trouver le kyste resté aseptique ou tout au moins les adhérences qui auront pu se former autour de lui ne seront pas encore bien organisées et sa libération pourra se faire simplement.

On pourra se trouver alors en présence de deux situations bien différentes : ou bien le segment d'intestin dans lequel la rupture s'est effectuée peut être isolé, ou bien, en raison d'adhérences naturelles ou artificielles, il ne peut être isolé, sans danger.

Il nous semble, qu'ayant à traiter une poche renfermant encore un mélange de scolex, de membranes fertiles, il faille prendre les plus grandes précautions pour éviter une dissémination secondaire. Si le segment d'intestin peut être isolé, quoi de plus simple que de l'isoler momentanément, à l'aide de deux clamps, comme s'il s'agissait d'une résection par exemple. Et alors, ayant ainsi formé une cavité close, pratiquer la ponction du kyste et injecter une solution formolée. Au bout des cinq minutes nécessaires à la stérilisation, l'aspiration du liquide et le

lavage de la poche au sérum réduiront à néant tout danger d'intoxication et permettront d'opérer sur un kyste stérile.

Néanmoins, toutes les précautions d'usage devront être prises, la cavité abdominale protégée et l'on pourra alors dégager le kyste de toutes ses connexions, l'inciser et se rendre compte du volume de la perforation. Si elle est petite, on pourra tenter de la suturer en deux ou trois plans, puis terminer par la suture de la poche et sa réduction sans drainage, mais en la fixant à la paroi. Si la perforation est importante, si son oblitération risquait de diminuer trop fortement le calibre de l'intestin, il faudrait pratiquer la marsupialisation de la poche. Celle-ci sera alors un diverticule intestinal, mais latéral, et comme le libre cours des matières s'effectuera facilement, la disparition de la poche se fera dans un bref délai.

La marsupialisation, malgré ses inconvénients, sera aussi le traitement de choix, lorsque la perforation sera très profonde et que le kyste n'aura pu être stérilisé commodément.

Il est bien évident que l'examen de l'abdomen accompagnera cette intervention et que le traitement des kystes qui pourraient exister, ne saurait plus être qu'une question de temps.

Il peut arriver aussi que des kystes sous-diaphragmatiques viennent faire saillie dans la cavité pleurale et s'y rompre. Suivant la nature de leur contenu, ils pourront y déterminer une réaction nulle, ou, au contraire, une inflammation très intense. Et cet épan-

chement pleural, d'origine hydatique, pourra s'ouvrir à son tour dans le poumon et être rejeté au dehors par vomiques.

OBSERVATION 111

ALBERTI. — Thèse d'Alger 1911.

Frédéric P..., âgé de 12 ans, se plaint de maux de ventre et de constipation depuis deux ans environ. Depuis cette époque, le ventre augmente de volume, en même temps que s'accuse une circulation complémentaire sur la paroi abdominale antérieure. Un médecin l'a envoyé à la campagne pendant un an et l'a traité pour péritonite tuberculeuse. Il entre à l'Hôpital de Mustapha au mois d'avril 1901. La palpation révèle la sensation de tumeurs arrondies multiples de l'épiploon et fait songer à des kystes hydatiques.

On fait une tentative d'opération, mais le péritoine est tellement garni d'hydatides de toutes grosseurs qu'il est impossible de songer à les extirper. On résèque donc une grande partie de l'épiploon qui ressemble à une portion de môle. On ponctionne les plus volumineux ; l'enfant quitte l'Hôpital deux mois après.

A quelque temps de là, le docteur Shoulker est appelé à l'ausculter pour des accès de toux, mais l'auscultation ne révèle rien. Un jour, après une quinte très violente, il est pris d'une vomique avec expulsion d'un liquide clair et de débris de membranes kystiques qui furent reconnues. Le docteur Gillot qui l'ausculta peu après constata l'existence d'une caverne du côté droit qui disparut rapide-

ment. L'accident de la vomique ne se reproduisit pas. On lui vidait régulièrement ses kystes épiploïques, mais il mourut à quelques mois de là dans une cachexie très avancée.

Au cours de plusieurs laparotomies qu'il subit, les opérateurs remarquèrent que le sang avait une très grande lenteur de coagulation, ce qui commandait une très grande prudence.

OBSERVATION 112

Bouilly. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1887.

Femme de 30 ans, ayant éliminé par les bronches un kyste hydatique et portant une tumeur abdominale dont la ponction avait fourni du liquide eau de roche contenant des crochets. Bouilly constate une tumeur sous-ombilicale médiane composée d'une foule de tumeurs grosses comme des œufs de dinde ou de poule, plus ou moins fixes, s'étendant jusque dans les fosses iliaques et descendant derrière le pubis. Pas d'ascite ; pas de frémissement hydatique. Une série de bosselures analogues remplissent le cul-de-sac postérieur du vagin et une partie des culs-de-sacs latéraux.

Laparotomie médiane le 5 juillet : les kystes siègent dans le grand épiploon ; une série de huit à dix sont pédiculisés et sortis du ventre, quelques-uns se rompent dans le péritoine qui est aussitôt lavé à l'eau bouillie. Toute la masse épiploïque pédiculisée et portant des kystes comme des fruits dans un filet est réséquée avec des ciseaux.

D'autres kystes étaient adhérents au bord concave de

l'intestin grêle. Dans une seconde partie de l'opération, les kystes situés dans le petit bassin et derrière l'utérus sont un à un énucléés avec les doigts. Grand lavage à l'eau bouillie. Pansement. Le tout a duré 1 heure 10. Pas de drainage de l'abdomen. Aucun incident. Le 12 juillet, ablation des fils. Le ventre est souple et indolent. L'ovaire gauche paraît notablement atrophié. Aucune trace d'hydatides dans le reste du corps.

Bouilly (Société de Chirurgie, 1894) complète l'observation de 1887.

Le kyste de la rate fut traité et guéri par l'injection de sublimé.

Un des kystes, pendant une première opération s'était rompu et avait versé son contenu dans l'abdomen.

La généralisation des kystes que l'on pouvait craindre après cet accident ne s'est point montrée.

Il peut arriver que le liquide épanché soit teinté par la bile. L'origine de celle-ci est la même que celle survenant lors de la rupture des kystes dans l'abdomen, et résulte de l'ouverture des canalicules biliaires de la paroi. Il se produit alors et très rapidement un épanchement abondant pouvant remonter jusqu'à la clavicule, à moins que l'existence d'adhérences antérieures ne limite cette exsudation (Sorel).

Il existe, naturellement, des symptômes fonctionnels intenses : dyspnée violente, cyanose, douleurs thoraciques très vives. On observe parfois un déplacement du cœur. La ponction exploratrice montre la nature bilieuse de l'épanchement et permet le diagnostic. La ponction curatrice est insuffisante, il faut, dans ce cas, comme toujours lors de la rupture de

kystes hydatiques : 1° soigner le kyste rompu ; 2° évacuer l'épanchement et stériliser la région envahie. L'opération doit ici être précoce, car l'évolution est rapide et la mort survient à bref délai. Pour sauver le malade, il faut, après résection de deux ou trois côtes, pratiquer une large pleurotomie, car, seule, une vaste brèche thoracique pourra permettre d'évacuer complètement le liquide et les vésicules filles.

On retrouvera facilement l'orifice diaphragmatique. Il sera agrandi autant que le besoin s'en fera sentir, après toutefois la stérilisation du kyste obtenue en obturant passagèrement sa rupture.

Dans les cas de cholérragie où un tamponnement est le plus souvent nécessaire, on suturera le diaphragme à la brèche thoracique, de façon à isoler ainsi la zone kystique, sinon, on pourra tenter la suture et la réduction primitive, mais, dans ce cas, et pour plus de prudence, la cavité kystique étant fermée, on pourra la suturer au diaphragme de façon à pouvoir la retrouver facilement en cas d'épanchement secondaire ou de suppuration.

Un kyste peut aussi s'ouvrir dans le poumon et, dans ce cas, l'infection secondaire est presque fatale, en raison de la communication facile avec l'extérieur. Dans ces cas aussi, l'intervention est indiquée et ne pourra se faire que par voie transpleurale et après résection totale étendue, la plèvre ayant été naturellement protégée auparavant par une suture. Le foyer découvert, et ce ne sera pas toujours chose facile, il faudra soigneusement en déterger les parois, extirper

totalement la membrane germinale, curetter le trajet pulmonaire et tenter la suture de celui-ci. Quant au kyste, en raison de sa suppuration antérieure et des germes généralement très virulents qu'il contenait, il sera le plus souvent indiqué de tenter la marsupialisation.

CONCLUSIONS

1° Après de longues incertitudes, il est admis que l'échinococcose secondaire résulte de la greffe d'éléments hydatiques. Ce fut l'expérimentation qui montra que vésicules ou scolex peuvent reproduire des kystes, fertiles, semblables à celui qui leur a donné naissance.

2° L'échinococcose secondaire résulte de la rupture, dans l'abdomen, d'un kyste primitif. Celui-ci peut se rompre spontanément, ou sous l'influence d'un traumatisme direct ou indirect. Cette complication peut rester latente ou s'accompagner de symptômes caractéristiques, relevant de : 1° la rupture elle-même ; 2° de la réaction péritonéale ; 3° de l'intoxication hydatique. On peut voir à sa suite des complications immédiates, précoces, ou tardives.

3° L'apparition de germes hydatiques libres dans la cavité abdominale s'accompagne d'ascite banale ou

bilieuse, qui facilite la dissémination des scolex. Leur localisation diffère, mais le petit bassin et l'épiploon constituent des localisations électives.

Les germes hydatiques, d'abord intra-péritonéaux, se fixent sur la séreuse, puis deviennent extra-péritonéaux. Par suite de leur développement, ils déforment, déplacent, ou tout au moins gênent dans leurs fonctions les différents organes de la cavité abdominale.

La taille des kystes secondaires est très variable et varie suivant l'origine, l'âge, la localisation et le nombre des tumeurs.

Quant au kyste rompu, il se reforme, ou disparaît, ou peut être l'origine de nombreuses complications.

4° Le cholépéritoine hydatique ne peut souvent être diagnostiqué que par la ponction, la pseudo-tuberculose hydatique est souvent méconnaissable, même après laparotomie, l'échinococcose secondaire ne présente pas de symptômes très caractéristiques dans ses premiers stades, et ce sont le plus souvent les signes de compression qui apparaissent les premiers. Ils apparaissent très vite au niveau du bassin (vessie, rectum).

Les kystes abdominaux frappent surtout par leur volume. La sensation spécifique de frémissement est parfois perceptible à leur niveau. Les kystes sous-

diaphragmatiques, en plus de leurs signes pleuraux, se traduisent à l'examen aux rayons X par un aspect spécial du diaphragme.

Il existe souvent des troubles de l'état général, des douleurs, mais le plus souvent tardifs, car leur évolution peut être fort longue.

L'évolution des kystes peut être simple ou compliquée (rupture, fistulisation, suppuration).

5° Le diagnostic est souvent très difficile, il faut surtout y penser, et fouiller les antécédents du malade pour y trouver les traces d'une rupture ancienne. L'image radiographique différencie les kystes sous-diaphragmatiques, des affections de la plèvre ou du diaphragme, les lésions hépatiques se distinguent par leur évolution différente.

Les kystes abdominaux, rarement seuls, ont un volume distinctif, mais au début les caractères de l'ascite, sa coloration sont souvent caractéristiques, sinon l'étude de l'état général, de l'évolution de l'affection, aidée des constatations du toucher et du palper élucidera la question.

Les kystes pelviens prêtent très souvent à confusion, surtout chez la femme, aussi utilise-t-on des procédés biologiques de diagnostic.

L'éosinophilie sanguine à partir de 4 p. 100 est un signe de probabilité, mais inconstant. La réaction de

fixation est spécifique, apparaît presque toujours, ainsi que la réaction de précipitation. La recherche de l'anaphylaxie n'est pas encore au point.

5° Le pronostic est toujours sérieux, mais s'améliore si l'on peut pratiquer des opérations précoces, car on ne peut compter sur les guérisons spontanées.

La mort peut suivre la rupture du kyste qui, sinon, provoque des péritonites plus ou moins graves, justiciables d'une intervention rapide.

Le cholépéritoine hydatique, quasi fatal, et à bref délai, disparaît à la suite d'une laparotomie curatrice.

La pseudo-tuberculose échinococcique est le plus souvent rebelle à tout traitement.

Les kystes hydatiques multiples conduisent à la cachexie et à la mort, si le chirurgien n'intervient pas. Ces tumeurs exercent aussi une influence néfaste sur l'évolution de la grossesse, amenant très souvent le décès de la mère et de l'enfant.

La recherche répétée de l'éosinophilie, ou plutôt des différents procédés de recherche (réaction de fixation...) peuvent donner des indications importantes en spécifiant s'il existe encore ou non des kystes après les opérations et peut dévoiler leur accroissement.

6° Le traitement qui s'impose est un traitement chirurgical, et la ponction, qu'elle soit exploratrice, modificatrice, curatrice, doit être supprimée, car c'est

un procédé infidèle, inconstant, dangereux, parfois impraticable.

Le traitement préventif c'est l'opération des kystes du foie dès leur diagnostic fait, ou sinon l'opération d'urgence lors d'une rupture manifeste. Dans ces cas, il faut traiter le kyste rompu, éliminer le liquide épanché, et pratiquer la « stérilisation hydatique » du péritoine.

L'examen des voies biliaires sera toujours pratiqué, et leurs lésions nécessiteront souvent le drainage du cholédoque.

En cas de rupture restée insoupçonnée, l'existence d'un cholépéritoine hydatique nécessite une laparotomie, qui, rétrospectivement, sera le traitement de la rupture (examen du kyste rompu...).

Ni les agents médicamenteux, ni les moyens physiques n'ont pu jusqu'ici amener un arrêt ou une guérison de l'infection hydatique, aussi la pseudo-tuberculose hydatique, rebelle au traitement chirurgical, doit simplement être surveillée, en attendant l'apparition des kystes.

Ceux-ci peuvent être extirpés, énucléés, réduits après incision avec ou sans suture, ou après capitonnage de la poche, ils peuvent être ou non dans ces cas fixés à la paroi. En cas d'impossibilité ils seront marsupialisés, mais toujours l'injection parasiticide (formol) très précoce sera pratiquée.

Le plus souvent plusieurs de ces procédés sont utilisés au cours des interventions qui devront être précoces, sériées, multiples. Leur emploi peut et doit donner la guérison, qui ne sera certaine qu'après de nombreuses années.

C'est la voie abdominale qui sera toujours employée, car, seule, elle permet de connaître le siège exact des lésions, et permet de lever les obstacles gênants, surtout s'il s'agit de complications dues aux kystes (occlusion, rétention d'urine...).

Les ruptures, soit dans l'intestin, soit dans la plèvre, réclament un traitement précoce.

Vu :
Nancy, le 4 Juillet 1913.
Le Président de la thèse :
WEISS.

Vu :
Nancy, le 7 Juillet 1913.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 8 Juillet 1913.
Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadie : Échinococcose péritonéale prise pour fibromes multiples de l'utérus. Société anatomique de Paris, janvier 1907.

— Kystes hydatiques multiples du péritoine à forme de généralisation. Société anatomique de Paris, 25 janvier 1907.

— Sur quelques formes exceptionnelles de kystes hydatiques. 23e Congrès français de Chirurgie, Paris, 1910, 4 octobre.

— De l'importance de l'échinococcose dans le diagnostic des affections gynécologiques. Revue de Gynécologie, 1911, p. 459.

Abée : Archiv. für Pathologie-Anatomie, 1899, p. 519-549.

Achard : Archives générales de médecine, 1888, octobre et novembre.

Adrien : Échinococcose dans la région landaise. Thèse de Bordeaux, 1910-1911.

Alagna : Riforma medica, 1906.

Albarran : Tumeurs de la vessie, 1892, p. 136.

Albert : Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. Thèse de Paris, 1887-1888.

Alberti : Contribution à l'étude des kystes hydatiques chez l'enfant ; leur fréquence à Alger ; leur multiplicité ; statistique de la clinique chirurgicale infantile. Thèse d'Alger, 1911.

Albrecht : Inaugural Dissertation. Giessen, 1904
Alexinsky : L'échinocoque de la cavité abdominale et son traitement. Thèse de Moscou, 1899.
Allen : Hydatic of pelvic cavity. Austral. Med. Journ. Melbourne, 1882.
Alquier et Lefas : Archives de médecine, 1901.
Amann : Echinokokken im Beckenbindegewebe, in Martin, thèse de Berlin, 1906.
Ameuille : Kystes hydatiques multiples du thorax et de l'abdomen. Société anatomique de Paris, 1906, p. 485
Annandale : Case of large hydatic tumour of the omentum. British med. Jour., 1877.
Apphatie et Lorenz : Sur l'existence d'anticorps spécifiques dans l'hydatidose et son application clinique. Revista de la Soc. med. argentina, 1910.
Arce : Revista de la Soc. med. argentina, 1908, p. 228
Arétée : De causis et nantis diutura affect., II, 1.
Atkins : Medical Press and Circular, 1884, p. 38.
Aupois : Des kystes hydatiques du grand épiploon, Paris, 1882.
Auvard : Journal des Sages-femmes, 1887.
Auvray : Société de Chirurgie de Paris, 6 janvier 1909.
Bacelli : Riforma medica, juin 1887.
Bar : Bulletin de la Soc. d'obstétrique de Paris, t. III, 1900.
Baraduc : Traitement des kystes hydatiques abdominaux, Paris, 1897-1898.
Bar et Beaudin : Presse médicale, 1905.
Bar et Blandin : Soc. obst. de Paris, 20 juin 1901.
Bar et Dambrin : De la dystocie par kyste hydatique du bassin. Bulletin de la Soc. d'obstétrique, Paris, 1900, p. 294.
Barbarin : Société anatomique, 10 février 1899.
Barling et Welsch : A Symptom complex in ruptured abdominal Hydatid. The Lancet, 1910, 1er octobre, p. 1001.
Barnett : The Australian médical. Gaz. Sidney, 1897, p. 222.
Barret : Bull. Soc. anat., 1828, p. 228.

Bartholomé : in Hakkins, Medical Press and Circular, 1884, p. 38.
Basso : Thèse de Lyon, 1904.
— Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale.
Bataille-Dévé : In Thèse de Beaudet, Paris, 1906
Baudouin : Progrès médical, 1887.
Beale : Analysé dans Médecine moderne, 1897, p. 531.
Beaudet : Le cholépéritoine hydatique. Thèse de Paris, 1906.
Beckmann : Saint-Pétersbourg Medic. Wochenschrift, 1892, n° 45.
Becker : Die Verbeitung der Echinokokken Krankheit in Mecklembourg. Beiträge z. klin. Chirurgie, 1907, Bd 56.
Bégin : Journal hebdomadaire, t. I.
Belogordolsky : Cité par Alexinsky.
Benoit : Annales de Gynécologie, 1896, t. 45, p. 382.
— Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme, Paris, 1897.
Bertherant : Gazette médicale de l'Algérie, 1862, p. 75.
Bertin : Union médicale, 1868, t. VI, p. 240, d'après Alexinsky.
Bertino : Sulla dystocia da Ecchinoccoco degli Organi pelvici della dona. Annali di Obstetrica et Gynecologia, févr. 1911, p. 171.
Bielowsky : Ecchinoccocus des linken ovarium, cyste des rechten ovarium. Centralblatt für Gynäcologie, 1893, p. 319.
Billroth. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 6 mai 1892.
— Wiener Kl. Woch., 1892, p. 314.
Biondi : Il policlinico, 10 déc. 1905, p. 1565.
Bishop : Lancet, 1906.
Biscaye : Des kystes hydatiques du mésentère. Thèse de Montpellier, 1905.
Bitter : Inaugural Dissertation, Og reifswald, 1886.
Bobroff : Cité par Alexinsky.
Bœcker : Inaugural Dissertation de Berlin, 1868.
Bogajewski : Centralblatt für Gynäcologie, 1903, p. 318.

Boidin : Les procédés biologiques dans le diagnostic de la maladie hydatique, Soc. méd. des hôp., 31 janvier 1908.
Boidin et Fiessinger : Genèse de l'éosinophilie dans la maladie hydatique. Examen histologique de la paroi hydatique. Soc. méd. des hôpitaux, 31 janvier 1908, p. 182.
Boissard et Coudert : Dystocie par kyste hydatique. Société d'obs. de Paris, 1901.
Boissard et Coudert : Presse méd., 30 janv. 1901.
Boiteux : Revue de Médecine, 1886, p. 878.
Bolton-Bangs : Annales of. Chirurgie, 1901, t. I, p. 565.
Bonamy : Société de Chir. de Paris, 8 déc. 1911. Paris chirurgical, déc. 1911, p. 1007.
Bond : Brit. Med. Journ., avril 1891, 6 janvier 1895.
Bonhomme : Gazette médicale de Lyon, 1863, p. 542.
Bouilly : Congrès français de Chirurgie, 1872.
— Bulletin de la Société anatomique, 1872, p. 432.
— Kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin. Lapa rotomie, ablation. Bulletin de la Soc. de Chirurgie, Paris 1887.
— Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, mai 1894.
Bouley : Progrès médical, Paris, 1881.
Bonnordeu : Monatschrift f. Geb. u. Gynecologie, Bd. 6.
Boursier : Soc. anatom. de Bordeaux, 13 janv. 1902.
Bousquet : Congrès français de Chirurgie, 1898.
Bouveret : Lyon médical, 1887.
Braine : Thèse de Paris, 1886-1887.
Braun : Bronn's Klersen, 1900, Bd 6, p. 454.
Braune : Inaugural Dissertation, Marburg, 1897.
Briançon : Sur le diagn. et le traitement des acéphalocystes, Paris, 1828.
Broca : Soc. anat., 1885.
— Société de Chirurgie, 21 mars 1900.
— Sur la réaction de Weinberg. Soc. méd. des hôp., Paris, 19 mai 1911.

Brjorovsky : Chirurgica, mai 1911, p. 161, t. 27.
Broesc : Berliner Klinike Wochenschrift, 1905, nº 6.
Brose : Zur Lehre von den Echinococcen des weiblichen. Becken Deutsche Mediz. Wochen., 1905, nº 6.
Brumpt : Précis de Parasitologie, 1910.
Bryant : Lancet, 1865. British med. journ., 1878.
Bucquoy : In thèse Duclaux, Paris, 1875, p. 20.
Budd : Med. Times, 1878, p. 420.
— Lancet, 1879.
Budinger : Wien. Kl. Woch., 1899, p. 1130.
— Uber Ecchinoc. in weibischen Bäken. Inaug. Dissert. Iéna, 1904.
Budor : Société anatomique, avril 1886, p. 266.
— Kystes hydatiques multiples de l'abdomen et du bassin. Bulletin de la Soc. anatomique, Paris, 1887.
Burke: Case of Labour obstructed by an Hydatid cyst. in the vagina. Austr. Med. J., 1880, t. V, p. 2.
Cadet de Gassicourt : Recherches sur les ruptures des kystes hydatiques du foie. Thèse de Paris, 1856, p. 150.
Carnot : Des abcès sous-phréniques. Semaine médicale, 21 février 1906.
Carle : Kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires. Thèse de Bordeaux, 1908.
Caruso : Supra un caso molto raro di cysti do Echinococco dei genitali externi mulierori. Archiv. di Gin., 1898.
Caffarena : Gaz. degli hospedali e. delle Cliniche, 30 mars 1902
Casanova : De l'intervention chirurgicale dans les kystes hydatiques de l'abdomen. Thèse de Montpellier, 1901.
Cantieri, cité par Parona : Elmintologia italiana, 1885.
Carnabel ; Soc. chirurg. Bucarest, 17 octobre 1901, p. 107.
Cauchoix : Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie et de leurs complications. Thèse de Paris, 1907-1908.
Champenois : Thèse de Paris, 1895-1896.
Champetier de Ribes : Académie de médecine, janvier 1902.
Chaput : Soc. de Chirurgie 1906, 14 février, p. 130.

Charcot : Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. Gazette médicale de Paris, 1852.
— Société de Biologie : 1854, p. 99.
Chatin : Annales d'hygiène et de médecine légale, 1898, t. 40, p. 132.
Chauffard : Semaine médicale, 1896.
— Journal de médecine interne, 1901.
— Société médicale des hôpitaux, 11 novembre 1910.
— Traité de médecine Charcot-Bouchard, tome 3.
Chauffard et Boidin : Éosinophilie hydatique, sa genèse, son évolution, ses rapports avec la toxicité hydatique. Société des hôpitaux de Paris, 13 décembre 1907.
Chauffard, Boidin et Laroche : Anaphylaxie hydatique expérimentale. Société de Biologie, 13 novembre 1909.
Chauffard et Vidal : Société médicale des hôpitaux, avril 1891.
Chauffard et Vincent : De l'apparition tardive des réactions biologiques provoquées par des kystes hydatiques. Gazette des hôpitaux, 9 mars 1910.
— Société médicale des hôpitaux, 24 juin 1910.
Chéinine : Semaine médicale, 1902, p. 305.
Chomel : Journal de médecine de Sédillot, 1821, et Thèse Parmam, Paris, 1880.
Choltschevmikoff : Compte rendu de l'institut anatomique de Cronstadt, 1892 (d'après Alexinsky).
Chrobac : Échinococcus des beckenbinde gewebes und Leber. Centralblatt fur gynecologie, 1893.
Cholodokoffsky : Uber der multiplen Echinococcen, 2 février 1907.
Clado : Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. Progrès médical, 1886, p. 676. Bull. Soc. anatomique de Paris, 1886, p. 284.
Clark : The Lancet, 12 juin 1907, p. 1684.
Cochez : In thèse d'Alberti. Alger, 1911.
Cordaro : In Bertino, 1899.

— Echinococco dell' estremita libera dell' omento simulante un tumore uterine. Rassenia di obstetricia et gynecol., 1907, p. 1.

Costa : Alti del 1er congeres med. Siciliano, 1902.

Coupland : The Lancet, 1895, p. 713.

Courtin : Journal de médecine de Bordeaux, 1893, p. 285.

Cramer : Tuberculosis peritonei mit echinococcus hepatis sub. phrenicus. Deutsche medizinische Wochenschrift, 26 novembre 1896, p. 282.

Cranwell : Des kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme. Revue de Gynécologie, p. 599, 1904 et 1907.

Cranvel et Vegas : Rapport au congrès de médecine de Buenos-Ayres, 1910, p. 33.

Cras : Kystes hydatiques de la rate. Thèse de Bordeaux, 1896.

Cullen : In Bertino, 1907.

Cullingworth et Clutten : The Journal of the Obst. and Gynée 1904, volume XI.

Curling : Archives générales de médecine, 1848, volume III.

Daraignez : Gaz. hebd. de Bordeaux, 7 avril 1906.

Davaine : Traité des entozoaires, Paris, 1877.

Debove : Société médicale des hôpitaux, 1888, 7 décembre 1892.

— Gazette hebdomadaire, 1888.

— Soc. des hôp. de Paris, 26 juillet 1889, p. 319.

Debove et Soupault : Société de médecine des hôpitaux, 17 octobre 1894.

Delacour : De la dystocie par kyste hydatique du bassin. Thèse de Paris, 1901.

Pierre Delbet : Bulletin de l'Académie de médecine, 18 février 1896 et 26 mai 1896.

— Société de chirurgie, 14 mars 1900.

— Soc. chir., 7 novembre 1909.

Demars : Thèse de Paris, 1888-89.

Demons : Congrès de Chirurgie de Bordeaux, 1895 et Bulletin médical, 1895, p. 97.

Dermigny : Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. Thèse de Paris, 1874.
Desponts : In thèse Marguet, Paris, 1883, obs. 101, p. 340.
Després : Société anatomique, 1873, page 418.
— Les infections biliaires. Thèse de Paris, 1891.
Desternes : L'exploration radiologique du foie et le diagnostic des kystes hydatiques. Jour. Méd. Français 1910.
Dévé : De l'échinococcose secondaire. Thèse de Paris, 1901.
— Du siège sous-séreux des greffes echinococciques péritonéales. Soc. de Biologie, 2 février 1901, I.
— Des greffes echinococciques. Soc. de Biologie, 2 juin 1901.
— Transformation des scolex en K. echinococciques. Soc. de Biologie, 16 mars 1901.
— Des greffes hydatiques post-opératoires. Revue de Chirurgie, 1902.
— Des cholerragies internes. Revue de Chirurgie, 1902, t. 26, p. 67.
— Les 2 cycles collectifs du parasite échinococcique. Soc. Biologie, 25 Janvier 1902.
— Origine des vésicules hydatiques filles. Soc. Biologie, 10 mai 1902.
— De l'action parasiticide du sublimé et du formol sur les germes hydatiques. Soc. de Biologie, 17 mai 1902.
— De la greffe hydatique obtenue par l'inoculation des scolex. Soc. de chirurgie, 4 juin 1902, p. 645 (Rapport de Picqué), 1er octobre 1902, p. 915.
— Sur l'évolution kystique des scolex échinococciques. Arch. de Parasitologie, 1902, VI, p. 54.
— De l'action de la bile sur les greffes hydatiques. Soc. de Biologie, 17 avril 1903.
— De l'action parasiticide du sublimé et du formol sur les germes hydatiques. Soc. Biologie, 17 janvier 1903.
— Essai de sérothérapie antiéchinococcique. Soc. Biologie, 24 janvier 1903.
— L'éosinophilie locale des Kystes hydatiques Soc de Biologie, 1er juillet 1903.

— Les kystes hydatiques du foie. Paris 1905.
— Greffe hydatique et Rayons X. Soc. de Biologie, 18 février 1905. — Société de médecine de Rouen, 13 mars 1905.
— Valeur seméiologique des épanchements bilieux intra-péritonéaux Normandie médicale, 1er avril 1905.
— La prolifération vésiculaire exagérée dans l'échinococcose humaine. Soc. Biologie, 8 juillet 1905, p. 98.
— Normandie médicale, 1905.
— La pseudo-tuberculose hydatique du péritoine. Archives de méd. exper. et d'anat. pathol., mai 1907, page 347.
— Echinococcose primitive expérimentale. Pseudo-tuberculose hydatique. Soc. de Biologie, 9 mai 1908. Tome 44, page 807.
— La rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques du foie et ses conséquences cliniques. Journal médical français, 25 décembre 1910.
— L'intoxication hydatique post-opératoire. Revue de Chirurgie, mai-juin-juillet 1911.
— Greffe hydatique et fougère mâle, Soc. de Biologie, 11 novembre 1911, page 420.
— L'échinococcose primitive hétérotopique des séreuses Archives de Parasitologie, 1912.
— Echinococcose alvéolaire et échinococcose hydatique. Congrès international de pathologie comparée, Paris, 17 octobre 1912.
— Principe du traitement chirurgical des kystes hydatiques multiples du péritoine. Normandie médicale, 15 décembre 1912.
Devic et Poully : Province médicale, 1896.
Diaz de la Quintana : Seglo Medico, 7 août 1904.
Dieulafoy : Gazette des hôpitaux, 1872.
Dolbeau : Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin.
Dœblin : Ueber Knochenechinokokken des Beckens. D. Zeit f. Chi Bd. 48, 1898.
Doleris : Annales de Gynécologie, 1896.
— Kystes hydat. du bassin chez la femme. La gynécologie, 1896, p. 97.

Dohrn : Ein fall von Ecchinokoken in der Bauchheule. Cent. f. gyn 1886, p. 113.
— Ein fall von Ekinokokken. Centralblatt für gynecologie, Leipzig, 1886.
Doktor : Gravidität und Ecchinoccocucyste. Centr. f. gynec. 1902, p. 133. — Ecchinoccocus im Becken. Centr. f. gynec. 1903, p. 32.
Dombrowsky : Ecchinokocus der Leber, etc. Centralblatt f. gynecol., 1903.
Duclaux : Thèse de Paris, 1875, page 20.
Dumas : Soc. chir. Bucarest, 15 déc. 1904, p. 81.
Duperrié : Bullet. Société anatomique, 1875, t. 20, p. 840.
Dupré de Vaux : Soc. anat., 1900.
Durand : Soc. des sciences médicales, 17 nov. 1912, p. 82.
Duvelius : Thèse St-Pétersbourg, 1890.
Dysson : Médical Press, 1900.
Eden : The J. Obst. et Gynécologie, 1904, v. III.
Ehrlich : Zur behandlung der Echinokokken der Leber. Samml. Klin. Vorträge (Chirurgie, N. 158-1600, 1910.
Escalier : Revista della ociet. medic. argentina, janvier 1904, p. 146.
Esteves : Semana médica, p. 896, 1905.
Étienne Rueff, Thiry : Fréquence des kystes hydatiques en Lorraine. Soc de Méd. de Nancy, 5 mars 1913.
Ewald : Réal Encyclopédie. Article Milz, t. 13, page 230.
Faille : Complications rares des kystes hydatiques du foie. Thèse de Paris, 1884.
J.-L. Faure : in Petron. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du bassin. Thèse de Paris, 1900.
— Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, tome 8.
Félizet : Bulletin de la Société de chirurgie, 1893.
Fennwick : British. Méd. Journ., 1891.
— Lancet, 1908, page 230. — Lancet, 1905, p. 841. — Pelvie hydatid disease.
Féréol : Union médicale, 1880, n° 71.

Ferroni : Sull ecchinococo inter ligamentario. Volume omagio al prof. Mengiagalli, p. 231.

Ferval : Les kystes hydatiques du bassin, primitifs ou secondaires. Thèse de Paris, 1900.

Finsen : Les Echinocoques en Islande. Archives de Médecine, 1869.

Foerster : Archives générales de médecine. 1862, t. 20, p. 485,

Franck : Gesellschaft der Aerzte in Wien, 25 mars 1895.

Franta : Les kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen. Annales de gynéc. et d'obst. Paris, 1902.

Freund et Chadwick : Four. Case of echinococcie in the female pelvis. Am. J. Obst. 1874, 75

Freund : Uber echinococcus in weiblichen Becken. Archiv. für gynäcologie, Berlin, 1879. — Die echinokokken Krankheit in weiblichen Becken. Gynécologische Klinik, 1885.

Freund : Gynecol. Klin, Strasbourg, 1885.

Frey : Tratato italiano di pathol. di Maragliano, vol. 5, p. 2.

Frongous : Kystes hydatiques de la trompe. Thèse Bordeaux, 1908.

Furster et Godlenski : Archives générales de médecine, p. 1294, 23 mai 1905.

Gaillard : Archives générales de médecine, 1890.

Galli-Valério : Le neoformazione nodulari dell' organismo dell' nomo-e degli annuali Parme 1897. Centralblatt für Bakteriologie, Octobre 1911. Band 60.

Garé : Beiträge zùr klinische Chirurgie 1899. Bd. 24. Kystes hydatiques du ligament large, thèse de Montpellier, 1904.

Garnier Lecène : Bull. méd. Soc. Hôpitaux 1907, p. 563.

Gangele : Münsch. med. Wochenschrift 1904, p. 1825.

Gebhardt : Uber einen Fall von Echinococcensack als Geburtskinderniss. — Inaugural Dissertation de Grusswald. 1876.

Geissel : Deutsche medic. Wochenschrift 1877. Gazette des hôpitaux 1878.

Genzmer : 8e Congrès allemand de Chirurgie 1879.

Gérard : Des kystes hydatiques du péritoine. Thèse de Paris 1876.

Gerschonowitsch : Vier fälle von Echinococcen der Inneneren Weiblischen Genitalien, Inaug. Dissert., Breslau 1908.
Getten : Des kystes hyd. rétrovésicaux, Paris 1898.
Von Giesen : New York Med. Record, novembre 1887, p. 690.
Gilles : Kystes hydatiques de l'utérus. The Lancet, 24 juin 1911, Journal de Chirurgie 1911, p. 214, II.
Gœtz : Jahrbuch für Kinderheilk, 1882. Bd 17, numéro 7.
Gorse : Kyste hydatique pré-péritonéal. Echo médical du Nord 1911. nº 26.
Gouilloud : Congrès de Chirurgie 1894.
Gourine : Zeitschrift Fleisch. u. Milch-hygiene 1900, page 7.
Graff : Wiener Kl. Woch. 1904 p. 926.
Graham : Hydatid, dieseasse in its clinical aspects.
Gratia : Presse médicale belge 1883, nº 3, page 17.
Graupner : Ein Beitrag zùr Kasuistik der Beckenechinokokken. Central. f. Gyn. 1900, p. 417.
Guéniot : Bulletin thérapeutique, 1866.
Guérin : Bulletin médical, 14 mars 1906.
Guérineau : Thèse de Paris, 1893.
Guihal : Société anatomique, 10 mars 1905, p. 190.
Guibé : Greffes péritonéales de l'Ecchinocoque. Presse médicale, 1901, p. 101.
Guillaine : Thèse de Paris, 1899.
Guinard : Société de Chirurgie, 19 juillet 1905.
Gunsbourg : Eine Echinokokkusgeschwulst der schwangeren Gebärumtter. Central. f. Gyn. 1884, p. 735.
Guyon : Les kystes hydatiques pelviens. Ann. des mal. des org. gén. urin., Paris 1905.
Hakkins : Medical Press and Circular 1884.
Haltelin : British Med. Journ., 14 août 1859.
Hanot : Société médicale des hôpitaux, 1896.
Hardwicke : Case of encysted tumour in vagina. — The Lancet 1863, p 326.
Harley : Med. Chirurg. Transactions, 1866.
Hartmann : Revue de Gynécologie, 1898, p. 726.

Hartmann : Revue de Gynécologie, 1903 (novembre et décembre) p. 985.
— Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1904. t. XXII, p. 605.
— Traité de Chirurgie anatomo-clinique, 1904.
Hartmann et Routier : Bull. Société de Chirurgie, 5 janvier 1899.
— Bull. Société de Chirurgie, 1900, p. 114.
— Bull. Société de Chirurgie, 15 janvier 1902.
— Bull. Société de Chirurgie, 8 octobre 1902.
Hartwig : Medical Record, 28 juillet 1863, t. II, p. 170.
Haupt : 3 Fälle von Echinokokkusgeschwulst in weiblichen Becken. Thèse 1903.
Hauser : 28 cas de kystes hydatiques du pancréas. Beiträge zur klinische Chirürgie, février 1912, p. 361, t. LXXVII.
Haussmann : Uber Echinococcen als Geburtskinderniss. — Archiv. f. Gynäkologie 1877, p. 163. Vol. XII.
Havage : Kystes hydatiques multiples. Progrès médical, Paris 1880.
Hawkins : Medical-Chirurgical. Transactions, 1833.
Heineke : in Traité Pitha et Billroth, 1882, t. III, p. 164.
Helm : Virchow's Archiv. 1880, fascicule I, p. 148.
Heresco : Communication au Congrès d'Urologie, 1898. Ann. für Urologie 1898, p. 315.
Heyn : Inaugural Dissertation, Berlin 1899.
Hippocrate : Aphor. VII n° 55 (Œuvres traduites par Littré t. IV, p. 595).
Hoche : Société de Médecine de Nancy, 28 juin 1911. Revue médicale de l'Est, 1er août 1911.
Hohl : Verumpfung des Echinococcus durch Ponction. Inaugural Dissertation. Halle 1892.
Holst : Petersburg medicinische Wochenschrift, 1883, n° 17.
Hosemann : 40e Congrès soc. allemande de Chirurgie, Berlin 1911.

Houlez : Des péritonites consécutives à la rupture des kystes hydatiques suppurés du foie, Lyon 1911-1912.
Hueter : Deutsch. Chir. Congr. 1877, 6e Congrès.
Humphy : The Lancet, 1887. t I, p. 120.
Hutchinson : The. Lancet, 1894.
Ignatiew : Petersburg medicin. Wochenschrift, 1895.
Ingelrans et Dauchert : Soc. cent. de médecine du Nord, 26 Avril 1901 et Gazette hebdomadaire, 6 juin 1901, p. 535.
Israel : Soc. Ch. Berlin 1910.
Jaboulay : Progrès médical, 1880.
— In Moneger. Thèse de Lyon, 1892-1893.
Jaboulay et Bret : Province médicale, 1896.
Jaboulay : Société méd. de Lyon, 1905. — Lyon médical, 1905.
Jacoulet et Lemaire : Les kystes hydatiques du Douglas chez la femme. Progrès médical 1911, p. 55.
Jalaguier-Broca : Société de Chirurgie de Paris, 21 mars 1900
Le Jemtel : Société anatomique de Paris, novembre 1905.
Jenckel : Beiträge zur Chirurgie der Leber. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1908
Jonck : Revue russe de Médecine, 1890, n° 51 (d'après Alexinsky.
Jones : In Davaine.
Jonnesco : Société de Chirurgie de Bucarest, 17 octobre 1901 et 15 décembre 1904.
Kablukoff : Archiv. für kliniche Chirurgie, 1906, t. 79, p. 576.
Kirchener : Inaugural Dissertation, Berlin 1879.
Klencke : Gazette médicale de Paris, 1843, p. 835.
Knauer : Geburt. gynäk. Gesellschaft in Wien., 1902, Central f. Gyn. 1902, p. 1281.
Knowsley-Tornthon : Méd., gaz., 1878.
Kœlpin : Schriften, der Berlin Gesellschaft, Berlin 1880.
Kœnig : Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. 31.
Kœnitzer : Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1900, Bd 56, p. 549.
Kohn et Balasesco : Société de Ch. de Bucharest, 15 décembre 1904.

Kökoris : Wiener Klinische Vochenschrift, 1900, n° 33.
Korach : Berlin. Klinic. Wochenschrift, 14 mai 1883, p. 302.
Kousmin : 1er Cong. int. path. comparé, Paris, oct. 1912.
Kraüse : Berl. Kl. W., 2 sept. 1889.
Krasroff et Kolpatschky : Chirurg. Annalen, 1896, d'après Riemann.
Küchenmeister : 1881.
Kühn : Mémoires de la Soc. d'hist. nat. de Strasbourg, 1830.
— Gazette médicale de Paris, 29 décembre 1832, p. 887.
Küllen : Vaginalcysten, Bul. of. the Johns H. Opkins Hospital, t. 16, 1874.
Küstner : Kaiserschnitt wegen eines Echinokokkus im Becken. Gyn. Gesell zu Breslau 1907.
Lacombe : Société anatomique 1872.
Lagos-garcia : Quistes hidatidicos en los ninos. Buenos-Ayres 1908.
Lallie et Péricic : Médical. Press, n° 38, 20, septembre 1903, p. 1776.
Lambrin et Parvu : Soc. méd. hôpitaux, 11 nov. 1910.
Landau : Berliner clinische Wochenschrift, 1880.
Langenbuch : Chir. der Leber, Stuttgart 1894.
— Deutsche médicinische Woschenschrifft, 19 avril 1900, n° 15 p. 93.
Lannois : In thèse de Monéger, Lyon, 1892.
Laveran : Société de médecine des hôpitaux, 16 décembre 1892
Lavigne Sainte-Suzanne : Etude des kystes hydatiques du bassin, thèse de Bordeaux, 1893-94.
Lassus : Journal de médecine et de chirurgie de Corvisart, t. I, p. 221, an IX.
Lawson Tait : The Lancet, 1880.
Lebedeff et Andreff : Rousski Wracht, 1889.
Le Dentu : Recherches expérimentales sur le formol. Congrès de Moscou, t. V, p. 34.
Le Gendre : Société médicale des hôpitaux, 1896, p. 657.
Legueu : Traité de Le Dentu et Delbet ; articles : Tumeurs de la vessie.

Legrand : Kyste hydatique de la vessie, thèse de Paris, 1890.
Lehne : Seltenere localisationen der unilocularen echinococcus. Archiv. für clinische Chirurgie, 1896, Bd 52.
Lejars : Société de chir., 1901.
— Soc. de chir., 1909, p. 234.
Lejars et Parvu : Nouveaux documents sur la réaction de fixation dans les kystes hydatiques. — Société de chirurgie, 9 juillet 1909.
— La persistance des anticorps hydatiques en rapport avec la récidive des kystes. — Société de biologie, 8 juillet 1891.
Lemaire : Th. de Paris, 1903. De la fréquence des kystes hydatiques du poumon et de la plèvre en Algérie ; leur diagnostic.
Lemaire : Contribution à l'étude des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme, thèse de Paris 1910.
Lemonnier : Kystes hydatiques des ligaments larges, thèse de Paris, 1896.
Lhuilier : De la rétention d'urine dans les kystes hydatiques du petit bassin, thèse de Paris, 1902-03.
Le Noel : Kystes hydatiques de la rate, thèse de Paris, 1879.
Le Nouène : La pseudo-tuberculose hydatique du péritoine, thèse de Paris, 1912.
Le Madan : Etude sur les kystes hydatiques de l'ovaire, thèse Bordeaux, 1895.
Leriche : Lyon Médical, 31 mars 1912, p. 727.
Lesauvage : Bull. Société de méd. de Paris, 1812-13, t. III, p. 229.
Letienne : Médecine moderne, 1894.
Letourneur : Thèse de Paris, 1905.
Letulle : Soc. méd. des hôpitaux, 17 avril 1891, p. 174.
Lehotsky : Deuts. Zeits fur Chirurgie, 1888, Bd 23.
Leuckart : Die Menschlichen Parasiten, 1885.
Von Linstow : Compendium der Helminnt, Hannover, 1878.
Loeper : Clinique et laboratoire, Paris, 1905, p. 281.
Lowden : Transact. of the Medic Chir. Society London, 1846, t. XXIX, p. 253.

Lussana e Romano : Elminti intestinali. Med trattato italiano di Patologia di Maragliano, vol. V. p. II, p. 291.
Mabit : Contribution à l'étude des kystes hydatiques de l'abdomen. Revue de chirurgie, 1905.
Madden : The Lancet, 6 février 1909. p. 450.
Madelung : Ueber post operative Prüfung von Echinokokkencyten, Mitt. Grenzgeb. d. Méd. U. Chir. 1904, Bd 13, p. 21.
Mangiagalli : Trattato di Ginecologia, p. 531.
Mansell-Moulin : Soc. of. pathol., London, 19 janvier 1892.
— Bulletin médical, 1892, p. 125.
Margnet : Thèse de Paris, 1888.
Marion : Soc de Chirurgie, Paris, 1906.
— Archives de médecine, janvier 1906.
Marschand : Ziergler's Beiträge zur, Pathologie Anatomie, 1889, Bd 4.
Martin (A.) : Gesell. für Geb. und Gyn, zu Berlin. Centr. f. Gyn., 1887, p. 351 et 1889, p 144.
Martin : Th. de Berlin, 1906. Die Krankheiten des Beckenbindegewebes.
Martin : Bull. Soc. de chirurgie de Paris, 1902.
— Echo médical de Toulouse, 1902, p. 246.
Martin et Dévé : Contribution à l'étude de la prophylaxie de la récidive hydatique post-opératoire. Revue de gynécologie, septembre-octobre 1904, p. 311.
Martinet : Thèse de Paris, 1898-1899.
Martini : Mittheilung zweier Fälle von operirten Echinococcuscysten des Uterusleibshöle. Central. f. Gyn., 1879, p. 230.
Masmejean : Des kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme. Thèse de Montpellier, 1905.
Masqueray : Des kystes hydatiques du mésentère. Paris, 1895.
Masseron (Philippe) : Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. Thèse de Doct. de Paris, 1882, n° 324.
— In Thèse Fevarl. Paris 1900.
Mauclaire : Soc. de Chirurgie, Paris, 30 avril 1913.

Mauny : Thèse de Paris, 1891. Rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques du foie.
Mautchett : Kystes hydatiques multiples. Chirourgiutchesky Archiv. Veliaminow, 1911, n° 2, p. 362.
Mayer : Ein Fall von Echinococcus in Beckenbindgewebe, Inaugural Dissertation. Giessen 1900.
Meicener : Schmitts Jahrbuch, 1876.
Meier-Sonntag : Ueber Echinococcus in weiblichen Becken. Inaugural Dissertation, Halle, 1889.
Memmi : 11e Congrès de la Soc. italienne de médecine interne, Pise, 1901.
Méséguer : IIe Congrès national d'obstétrique et gynécolo gie, Madrid, 1911.
— In revue de Chirurgie, 1911, mai, p. 883.
Mesnard : Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 1884.
Meyer : Beobachtung von einen Kaiserschnitt. Museum der Heilkunde, 1794. V. II, p. 211.
Michaux : Jahresbericht für Medizin, 1892.
Mignon-Laforge : Société de Chirurgie, 1900.
Mirto : Fistola vesico vaginale associata ad echinococco del leg. largo di destra. Annali di Ost. e Gin., 1907, Vol. II, p. 756.
Moneger : Kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin. Lyon, 1892-1893.
Moniez : Traité de parasitologie, 1896.
Monod : Soc. de Chirurgie. Paris, 23 mai 1894.
Moore : Intercol. méd. Journ. of Austral., 1897, p. 290.
Morestin : Société de Chirurgie. 16 mars 1910, p. 365.
Morand : Observations sur des sacs membraneux pleins d'hydatides sans nombre, attachés à plusieurs viscères du bas-ventre et découverts par l'ouverture d'un cadavre (Hist. Acad. roy. de Sc. de Paris 1722 ; Amst., 1727.
Morini : Gazetta méd. di Roma, 1886.
Morris : Lancet, 9 et 16 mars 1889.

Mortureux : Kystes hydatiques de la rate. Thèse de Paris, 1900.
Most : Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1898, p. 156.
Mouille : Kystes hydatiques rétro vésicaux chez l'homme, Paris, 1899.
Mourson et Schlagdenhauffen : Compte rendu de l'Académie des Sciences. Septembre, 1882, p. 791.
Mosler : Zeitschrift für klinische Medizin, 1883, p. 215.
— Milz. Echinococcus Wiesbaden, 1884.
Muratoff : Echinococcus im Beckenzellgewebe. Med. Obozrenje, 1889.
Murchinson : Hydatid tumors of the liver ; their dangers, their diagnostic and their treatment. Edinburgh, 1865.
— Maladies du foie, 1878.
Naunyn : Entwicklung von Echinokokkus. Archiv. für Anatomie, 1862, p. 612.
Negri : Due note cliniche. Volume Amaggio al Prof. Mangiagalli, p. 59.
Neisser : Die Echinococcenkrankheit. Berlin, 1877.
Netzel et Wallis : Hygiea lakaresaleskapets, 1886.
Newmaṅn : Transact. of the obstetrical Soc London, 1892.
Nicaise : Soc. de Chirurgie. Paris, 25 juin 1884.
Nicaise et Salomon : Kystes hydatiques du petit bassin ayant dédoublé la cloison recto vaginale. Bull. et mém. Société anatomique de Paris, 1900, LXXV, 909.
Nicolaï : Allg. medic. Centrallblatt Zeitung, 1855.
Ocampo : Thèse de Buenos-Ayres, 1896.
O'Connor : Glasgow med. jour., 1897, p. 345.
Oehlecker : Centralblatt für Chirurgie, T. 37, n° 36, 3 septembre 1910.
Ogle : Transact of the path. soc. of London, 1860.
Olivier : Tratamiento de los quistos hidatidicos. Revista de la Sociedad Méd. Argentino, 1904. Vol. XII, n° 65, p. 160.
— Cyst. hydatid. in the postérieur fornix of vagina. The Edinburgh méd. Journ., 1897, p. 634.

Olivier : Tratamiento de los quistes hidaticos. Rapport au 2e congrès latino-américain, in Revista medica del Uruguay, Sept. 1904, p. 357.

Olshausen : Soc. Gyn. de Berlin, 1889.

Oppenheim : Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie communiquant avec les voies biliaires. Thèse de Paris, 1905

Orloff : Ueber Echinokokkus der Beckenhölle. Russki Wratch, 1905.

Oroff (V.-M.) : Echinocoque du pelvis de la femme, diagnostic et traitement (Russk. Vrach. St-Pétersbourg, 1906, IX, 81-85). Traduct in : Médecine scientifique. Paris, 1905, XIII, 99-102.

Osborn : Hydatides utérines (Observations sur un cas d'). British. med. journ. London, octobre 1862.

Ott : Berliner medizinische Wochenschrift, 1867.

Park : Observations ou tumours within the pelvis occasioning difficult. parturition (Transact. Méd.-Chir. Soc. London, 1817, II, 298).

Parlavecchio : Beiträge zur Kenntniss und Kasuistik der Echinokokken Krankheit. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 101, p. 105.

Parmain : Thèse de Paris, 1880.

Parona : Elmentologie italienne, 1835.

Parvu et Caillé : Tribune médicale, 17 sept. 1910.

Paschkiss : Wiener. Med. Woch., 1908, p. 1972.

Paton : The Lancet, 21 janvier 1905, p. 159.

Pauchet : Soc. anatomique, Paris, nov. 1893.

Payrot-Cazin : Société de chirurgie, 7 mars 1900.

Péan : Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Paris, 1895, t. II, p. 1228.

— Journal de médecine de Paris, 1897, p. 568.

Péan et Secheyron : Étude sur les kystes hydatiques de l'utérus. Arch. de tocologie, 1887, vol. 14, p. 985.

— Congrès de Toulouse, 1887, p. 861.

Péfron : Contribution à l'étude des kystes hydatiques du bassin. Paris, 1900.

Peiper : Echinococcus in Vorporsnen. Stuttgart, 1894.

— Die Echinokokken Krankheit des Menschens. Deutsche Klinik, 1903.

Péricic et Lalic : Wiener medizinische Presse, 1897, n° 30, p. 948.

Périer : Mercredi médical, 1890, p. 499.

Peyrot : Soc. de chirurgie. Paris, 1900.

Peyrot-Milian : In Thèse Dévé. Obs. 4, p. 89.

Picqué : Soc. de chirurgie. Paris, 1901.

Picquet et Claeys : Rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine. Ouverture des voies biliaires. Cholérragie interne. Echinococcose secondaire. Soc. anatomique, avril 1906, p. 330.

Pinard : Kystes hydatiques multiples compliquant l'accouchement. Annales de gynécologie. Paris, XXIX, p. 241-255, pl., 1888.

Pinatelle et Rivière : Gazette des hôpitaux, 1904, p. 40.

Pintor-Pasella : Storia di una caso singolare di distocia per vasto tumore del bacino. Cagliari, 1874.

Pintaura : Archivis Italiano di Ginecologia. 31 déc. 1911.

Pinzani : Discussione alla communicazione di Resinelli. La Ginecologia, 1906. p. 344.

Pitha et Billroth : Traité de chirurgie, 1882, t. III, p. 164.

Plauty-Mausin : Des kystes de la prostate. Thèse de Paris, 1878.

Pœnaru Caplescu : Studin experimental asupra toxicitatei formalinei in raport cutechnica actuala in tratamentul chistelor idatice Stüntelor medicale, n° 9, septembre 1909. Revista Medicina, 1909.

Poggi : Due casi importanti di echinococco del setto retto vaginale. Bologna, 1890.

Polosson : Société de chirurgie de Lyon, 1901.

Ponomaroff : Recherches expérimentales sur la greffe des échinocoques. Thèse, Lausanne, 1903.

Porak : Des kystes hydatiques du petit bassin au point de vue de la dystocie. (Gaz. hebd. de méd., Paris, 1884, pp. 137-138, 157-160, 174-178, 206-208.)

Porée : Contribution à l'étude de l'intoxication hydatique. Thèse de Montpellier, 1905.

Postempsky : Bull. delle R. accad. med. di Rome, 1892.

Posadas : Anales del circulo medico Argentino, 31 décembre 1895.

Potherat : Thèse de doctorat. Paris, 1888-1889.

— Soc. de chirurgie de Paris, 30 novembre 1898, p. 1087.

— Soc. de chirurgie de Paris, 1900.

— Soc. de chirurgie de Paris, 13 décembre 1905.

Potocki (J.) : Kystes hydatiques de l'excavation pelvienne ; kyste principal, développé aux dépens de l'ovaire gauche ; ponction, suppuration, incision, mort. Bull. et Mém. Soc. anatomique de Paris, avril 1886, LXI, 336-344.

Pouchet : Soc. anatomique. Paris, 1893.

Poulalion : Soc. anatomique. Paris, 1890.

Poulet : Revue de chirurgie, juin 1886.

Poulton : The Australian med. gazette. Sydney, 1896, p. 318.

Pouton : Kystes hydatiques chez l'enfant. Paris, 1867.

Pozzi : Traité de gynécologie clinique et opératoire. Paris, 1907, vol. II, 4e édition, 1049-1050.

Princeteau : Deux cas de kystes hydatiques du foie chez l'enfant. Journal de médecine de Bordeaux, 21 mars 1909, p. 184.

Prochnon : Gyogyanat, 1900.

Puttoni : Bull. Scienz. med. 1910.

Quain (M.) : Kyste hydatique du bassin, ponction par le rectum, suppuration du sac, guérison (University College Hosp.). Med. Times and Gazette. London, 19 mai 1860.

Quémin : L'infection parasiticide préalable. Thèse de Paris, 1909.

Quénu : Soc. de chirurgie de Paris, 29 janvier 1896.

— Société de chirurgie, 10 janvier 1900.

— Soc. de chirurgie de Paris, 21 mars 1900.

— Technique opératoire contre l'échinococcose secondaire. Soc. de chirurgie de Paris, 1er juillet 1903, p. 719 ; 23 novembre 1904.
— Société de chirurgie, 17 janvier 1906.
Quénu et Duval : Revue de thérapeutique, 17 août 1898.
Quénu-Petit : Soc. anatomique, juillet 1900, p. 713.
De Quervain : Ueber Fremdkörpertuberkulose des Peritoneum bei unilokularum Echinococcus. Centralblatt für Chirurgie, 1897, n° 1.
Queyrat : Revue de médecine, 1886, p. 443.
Railliet : Traité de zoologie médicale, 1895, p. 260.
Rassmussen : Bidrag till Kundskaben om échinococcus Copenhague, 1866.
Rauch : Archiv. für klinische Chirurgie, 1905.
Raymond : Soc. anatomique. Paris, 1885.
Reboul : Kystes hydatiques du ligament large et du bassin et grossesse. Rev. de gynécol., n° 6, 1903.
— Congrès français de chirurgie, 1903, p. 762.
Récamier : Revue médicale française, 1825.
Reclus : Gazette hebdomadaire, 1825.
— Soc. de chirurgie. Paris, 15 janvier 1902, p. 42.
— Traité Duplay et Reclus, 2e édit., t. VII, 1899.
Rein : Centralblatt für Chirurgie, 1887.
Rendu : Dictionnaire de Dechambre ; article : foie.
Resinelli : Sociata Toscana di Obstetricia e Gynecologia. Maggio, 1906.
— Cisti da echinococco del legamento largo. La Ginecologia, 1906, p. 341.
De Renzi : Berliner klinische Wochenschrift, 14 décembre 1908, p. 2216.
Rhode : Archiv. für Heilk, 1876.
Ribera y Sans : Revista de med. y cirpract, 1905, p. 452.
Ricard : Soc. de chirurgie, Paris, 1900, 14 mars.
Richet : Soc. de biologie, 21 février 1903 et 6 juin 1903.
Richard : Gazette bebdomadaire de médecine et de chirurgie, 30 avril 1880.

Riche et Chauvin : Les urines de la rachinovocaïnisation. Compte rendu Soc. de biologie. Paris, juillet 1911.
Riche et Mestrezat : Le liquide céphalo-rachidien dans la rachinovocaïnisation. Compte rendu Société de biologie. Paris, 1911.
Riemann : Keimzerstreuung des Echinococcus. Rostock (Inaugural Dissertation), 1889.
— Beiträge zur klinische Chirurgie, 1889-1899.
Rings : Inaugural Dissertation. Bonn, 1880.
Riss : Marseille médical, 1901, p. 211.
Rivière (A.) : Kystes hydatiques du petit bassin et laparotomie. Lyon médical, 1892, LXIX, p. 223.
Robinson : Britannia medical journal London, 1896, p. 1130.
Roche (J.) : Quelques localisations rares de l'échinocoque ; appareil digestif, système nerveux, séreuses, appareil circulatoire, voies urinaires. Thèse de doct., Lyon, 1894, p. 60.
Rollet : Soc. chirurgie. Paris, 1896.
Rona : Deutsche Mediz. Wochen, 1907, p. 180.
Rosthorn (von) : Echinokokken des Beckenbindegewebes in : J. Veit-Handbuch der Gynäkologie. Berlin, t. III, 1re part., p. 184.
Rottenstein : Tribune médicale, 27 janvier 1906, p. 56.
Rouqueyre : Thèse de Bordeaux, 1905.
Routier : Soc. de chirurgie de Paris, 11 février 1903.
— Soc. de chirurgie, 11 mai 1910.
Rupp : Ueber Echinokokkus in Beckenbindegewebe. Inaugural Dissertation. Berlin, 1905.
Russel-Hamilton : Intercol. quarterly journal, février 1895.
Ryan : The Lancet, 9 février 1895, p. 378.
Sabadini : In thèse : Le Nouëne. Thèse de Paris, 1912.
Sabrazès : Gaz. hebd. des sciences de Bordeaux, 1909.
De Sandro : La Reforma Medica, 23 mars 1912.
Sænger : Multiple z. Teil värjauchte Echinococchen der Bauchhöle und des Beckens. Central. f. Gyn. 1889, p. 443.
Savariaud : Revue de gynécologie et chirurgie abdominale. Novembre-décembre, 1903, p. 985.

Sawkings (V. J. T.) : Two cases of pelvic hydatid causing retention of urine. Australas M. Gaz. Sydney, 1893, XII, 363.

Sawkings : Two cases of large pelvic hydatid ; one in a male, other in a female patient ; operations and recovery. Australas, M. Gaz. Sydney, 1908, XXVII, 179.

Schatz : Die Echinococcen der Genitalien und des kleinen Beckens berin Weibe. Stuttgart, 1885. Central f. gyn., 1885, p. 701.

Schede : Inaug. Dissertation. Halle, 1892.

Sheerenberg : Virchow Archiv. Bd 46, Seite, 392.

Schmidt : Jahresbericht für Medizin, 1892.

Schmidt (F.) : Ueber Echinococcus im weiblichen Becken. Inaug. Dissert. Halle a. S., 1893.

Schroeder : Gesellsch. f. Geb. und Gyn. zu Berlin. Central. f. Gyn., 1884.

— In : Freund, Gynäkol. Klinik, 1885. Strasbourg, t. I.

Schultze : Eckinococcus des rechten Ovarium neben zalreichen Echinokokken des Peritoneum. Central f. Gyn., 1895.

Schultze : Wieder ein Echinococcus ovarü destri, Zeitsch., f. Geb. und. Gyn. B. 38, H. III.

Schussler : Festschrift für Billroth, 1892.

Schwartz : In Dermigny, Th. de Doct., Paris, 1891, obs. I.

Segond : Traité de chirurgie, t VII.

Selhorst : Zwei Fälle von Laparotomie durante graviditate. Central. f. Gyn., 1899, p. 31.

Sennet : The Lancet, juin 1887.

Seydel : Congrès des Sciences médicales de Kœnisberg, 1879.

Sibille : Académie de Médecine, 1715.

Siller (F.) : Multipler Echinococcus des Peritoneum und des Beckenbindegewebes. (Centralblatt für Gynäk. Leipzig, 1901, XXV, 1905).

Sklifossowsky : Ann. Chirurgie, Moscou, 1895.

Slawjasnki : Ein Fall von Echinococcus der Bauchhölle. Centralblatt fur Gynäkol., 1880.

Socin et Burckhardt : Die Verletzungen und Krankheiten der Prostate, Stuttgart, 1902.

Soupault (M.) : Des kystes hydatiques du péritoine (Gaz. des hôp., Paris, 1895, LXVIII, 861).

Stadfeldt : Labour obstructed by pelvic tumours. The Obst. Jour. of. G. Britani, ecc., 1879.

Stadniztki : Inaug. Dissertation, St-Pétersbourg, 1890, d'après Alexinski.

Sternberg : Demonstration multipler Echinokokken aus der Bauchhölle. Central f. Gyn., 1900, p. 774.

Stirling : Intercol. med. Journ. of Australasia Melbourne, mai 1897.

Storchi : Lo spallanzani, 1890.

Syme : The Lancet, 1906.

— The Lancet, 21 août 1909, p. 539.

Szancer : Echinococcus der Gebärmutter bei einem 12 jährigen Mädchen. Zeitsch f Geb. und Gyn., B IV, H. 2.

Targett : Soc. medico chirurgicale de Londres, 1895 et in Bull. medical, 1895, p. 427.

Tarozzi : Sopra una caso di ciste da echinococco del fageto rottasi verso il cavo peritoneale notevole per molteplici rare alterazioni che ne conseguirino. Instituto di Anat. patol. della R. Univ. di Cagliari, 1909.

Tedenat : 14e congrès franç. de Chirurgie, Paris. 1901.

— In Furster et Godlevski. Archives générales de médecine, 23 mai 1905.

Telbut and Welsch : Lancet, 1903 et 1910.

Terrier : Bull et mém. de la Société de chirurgie, Paris, 1886.

— Soc. de chirurgie, Paris, 11 janvier 1902.

— Soc. de chirurgie, Paris, 11 juin 1902.

Terrier et Auvray : Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Terrier et Dujarier : Revue de chirurgie, 10 janvier 1906. De la choléragie dans les kystes hydatiques du foie.

Thierfelder : Münschener medizinische Wochenschrift, 1878, p. 1579.

Thierry : Bull. Soc. anatomique de Paris, avril 1889, p. 317.
— Gazette médicale de Paris, 8 novembre 1890.
Thornton : Jahrbuch fur Medizin, 1878.
— Medical Times and Gaz., 1883. Med, Times and Gaz. London, 1878, II, 56.
Tickel : British. de Méd. Journ, 1898.
Tillaux : Traité de chirurgie clinique, t. II, 1894.
Tittel : Ueber einen seltenen Fall von Echinokokkus der Gebärutmter und der Eierstöcke. Archiv. f. Gyn., B 82.
Tissier et Desfosses : Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis 18 ans. (Bull. et mém. Soc. obs. et gynécol., 1897, p 9.
Tokarenko : Thèse de St-Pétersbourg, 1895.
Tremblin : De l'ouverture spontanée des kystes hydatiques du foie dans le péritoine, thèse de Paris, 1906.
Trinkler : Revue de chirurgie, 1894, p. 107.
Tuffier : De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatiques dans la région rétro-vésicale. Congrès français de chirurgie, Paris, 1891. V, p. 569.
— Soc. de chirurgie, Paris, 21 mars 1900, 15 janvier 1902.
Tuffier et Barbarin : Soc. anatomiaque, 1898, p. 689.
Tusini : Sopra una forma rara di échinococco dell'omento con disseminaziono a tipo di speudo-tuberculosi-péritoneale. Clinica Chirurgica, 1900, p. 781.
Tyson : Transact philosoph, 1687.
Urioste et Scaltritti : Revista de los Hospital, février et mars 1911. Contribution al estudic de lio equinococcis.
Vallace : Société médicale de Cardiff, 1891.
Vallée : Normandie médicale, 1900. p. 324.
Vanverts : De la splénectomie. Thèse de doctorat de Paris, 1888.
Varsi : Tratamiento de los quistes hidatidicos. Analesdel circulo médico argentino, 1900, p. 261.
— IIIe congrès médical latino américain. Montévideo, mars 1907. Actas y trabajos, 3e Seccion, Montévideo, 1908.

Vautrin : Soc. de médecine de Nancy, juin 1899. Revue médicale de l'Est, nº 19, 1899.
Vegas et Cranwell : Los quistes hydatidicos en la Republica Argentina Buenos-Ayres, 1901.
Verco : Australia médical Gazette, 15 septembre 1893, p. 295.
Verneuil : Soc. de Chirurgie, 1893.
Vidal : Soc. de Biologie, 1896 et thèse de Physiologie, 1896.
Viener : Archiv. für gyn., t. II.
Vigneron : Thèse de doctorat, Paris, 1895.
Villar : Journal de médecine de Bordeaux, 1902, p. 220.
— Congrès français de Chirurgie, Paris, 1893, p. 434.
Villard (F.) : Considérations cliniques sur les kystes hydatiques du petit bassin chez la femme. Annales de gynécol., Paris, 1878-IX, p. 101.
Villemin : Soc. de chirurgie, 6 janvier 1909, p 18.
Vincent : Lyon médical, 1904, p. 585.
Violet et Murard : Progrès médical, 30 mars 1912.
Viron : Arch. de médecine expérimentale, 1894, p. 236.
Vital : Gazette médicale de Paris, 1874, p. 274.
Volkmann : 6e Congrès allemand de Chirurgie, 1877. Deutsche Chirurgen Gesellschaft, 1889.
Vuillième : Thèse de Paris, 1900.
Walther : Soc. de Chirurgie, 17 janvier 1906.
— Soc. de Chirurgie, 29 mars 1911.
Weber : Pièce d'échinocoques multiples de l'abdomen. Soc. russe de Chirurgie de Pirogroff, 11 novembre 1909 ; in Roussky Vratch, 11 et 18 septembre 1910.
— Zur Frage uber den multiplen Echinokokken der Bauchhöhle, Deutsche Zeits. f. Chir., 1910, Bd 54, p. 408.
Wechselmann : Beiträge Meck. Aerzte Echin., 1885.
Weinberg : Recherche des antic rps spécifiques chez les anciens porteurs de kyste hydatique. C. R. Soc. Biologie, 27 mars 1909, p. 539.
— Séro-diagnostic de l'échinococcose. Annales de l'Institut Pasteur, juin 1909, p. 477.

— Recherche des substances antiryptiques dans le sérum des porteurs de kyste hydatique. C R. Soc. Biologie, 23 octobre 1909, p. 432.

— C. R. Soc Biologie, 12 mars 1910.

— Séro-diagnostic de l'échinococcose. Paris médical, août 1911.

Weinberg et Boidin : A propos des anticorps spécifiques dans le sérum des malades atteints d'échinococcose. C. R. Soc. Biologie, 23 janvier 1909, p. 135.

Weinberg et Cicca : Anaphylaxie hydatique expérimentale. Soc. de Biologie, 10 mai 1913.

Westhoff : Annal. of Surgery, 1893, t. XVII, p. 241.

Widal : Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. (Soc. méd. des Hôp. Paris, 28 juillet 1876. Union méd., t. XXII, 1876, p. 553.

Wiener : Ueber Echinococcus geschwulste des Beckens, als Geburts hinderniss. (Arch. für Gynäkol. Leipzig, 1877, XI, 532.

Wilbouchewitch : Rev. mensuelle des maladies de l'enfance, septembre 1891.

Williams : Médical. Soc. of Victoria. Australian. medic. Journal, 1885.

Winckel : 6e congrès allemand de chirurgie, 1877

Witzel : Deutsche Zeitschrift für Gynekol. 1901, Bd. 21.

Wood : The Lancet, 1904.

Zezas : Péritonite suite de rupture d'un kyste hydatique. Sammlung. Klinische Vorträge, février 1912, p. 515.